

**HORACIO RIQUELME U.**

**ÉTICA MÉDICA  
EN TIEMPOS  
DE CRISIS**

**LOS MÉDICOS  
Y LAS DICTADURAS  
MILITARES  
EN AMÉRICA  
DEL SUR**



HORACIO RIQUELME U. cubre actualmente la cátedra de Terapia Social en la Universidad Técnica de Berlín, es Profesor Asistente (Privat Dozent) en Psiquiatría Social en la Universidad de Hamburgo. Doctorado en medicina (Universidad de Hamburgo) y en filosofía (Universidad de Bremen). Desde fines de los años 70 ha realizado múltiples investigaciones en antropología cultural y médica en América Latina y Europa con publicaciones en varios idiomas. Cultiva el tema de los derechos humanos y sus implicaciones éticas y psicológicas desde hace ya más de tres lustros. Miembro del consejo académico del Centro de Tratamiento a Víctimas de la Tortura en Berlín y dirige el Grupo de Trabajo "Derechos humanos y Ética Médica" en la Academia "Ethik in der Medizin" con sede en Göttingen.



HORACIO RIQUELME U.

# Ética médica en tiempos de crisis

Los médicos y las dictaduras militares  
en América del Sur



Ediciones  
ChileAmérica  
C E S O C

**ÉTICA MÉDICA EN TIEMPOS DE CRISIS**  
**Los médicos y las dictaduras militares en América del Sur**

© Horacio Riquelme U.  
© Ediciones ChileAmérica - CESOC  
Esmeralda 636, Santiago  
Inscripción N° 124.243 (enero, 2002)  
ISBN: 956-211-098-2

Coordinadora de edición: Maider Etchevers Mutis  
Diseño de portada: Patricio Andrade  
Composición: Salgó Ltda.  
Impreso en Lom



*Para Katrin Schumann-Riquelme*

# ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN .....	11
<b>A. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>19</b>
La dimensión psicosocial del terrorismo de estado en América del Sur	
La situación de la ética médica en los tiempos del Estado de excepción en América del Sur y del Nacionalsocialismo en Alemania	
<b>I. ÁMBITO SOCIAL, HISTÓRICO Y PSICOLÓGICO</b>	
<b>BAJO LA ÉGIDA DEL TERRORISMO DE ESTADO .....</b>	<b>21</b>
1. Golpe de estado como <i>última ratio</i> .....	22
2. Tendencias fundacionales: .....	25
3. Guerra contra la propia población: principios psicológico-militares .....	28
a) La "desaparición" de opositores al régimen .....	28
b) La tortura sistemática en su dimensión psicosocial .....	31
c) La intronización de los medios de comunicación masiva .....	33
d) El exilio o desplazamiento forzado de grupos sociales y políticos .....	35
4. La relevancia del miedo como agente represivo .....	37
Efectos de la violencia organizada en la población .....	38
EXCURSO: Consecuencias del miedo en la vida cotidiana .....	39
5. Derechos humanos y justicia en la etapa postdictatorial .....	43
6. La dimensión de los contemporáneos en ausencia .....	46
<b>II. LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA</b>	
<b>BAJO LA INFLUENCIA DE LA DOMINACIÓN TOTALITARIA .....</b>	<b>57</b>
<b>II.1. LA MEDICINA BAJO LA DICTADURA EN AMÉRICA DEL SUR .....</b>	<b>59</b>
1. Tortura y praxis médica .....	61
a) Tortura bajo tuición médica .....	61
b) Labores médicas específicas en lugares de detención .....	64
c) Tortura y tratos crueles, en base a criterios médicos .....	67
d) Utilización de drogas no terapéuticas y de técnicas psicológicas .....	68
e) Ejecuciones con métodos propios de la medicina .....	70
f) Malpraxis circunstancial con consecuencia de daño .....	71
2. Medicina y Justicia en vínculo dudoso .....	73
a) Labores médico-forenses .....	73
b) Emisión de certificados falsos de buena salud o de defunción .....	75
c) Semántica de la complicidad .....	77
d) Consecuencias sanitarias de la represión directa .....	78



3. La apropiación ilícita de la descendencia .....	80
a) Definición del problema .....	80
b) Detección científica de la descendencia robada .....	83
c) Efectos psíquicos de la adopción por raptó .....	84
4. Médicos y cisma ideológico institucional .....	85
a) Despidos arbitrarios de médicos opositores .....	87
b) Detención y maltratos .....	87
c) Persecución directa .....	88
d) "Desapariciones" y ejecuciones. ....	89
EXCURSO: Abusos en hospitales .....	90
5. La otra parte de la historia .....	92
a) Tratamiento no discriminatorio de pacientes .....	92
b) Negarse a obedecer órdenes en contra de sus pacientes .....	94
c) La praxis cotidiana bajo la dictadura .....	95
d) Denuncia de trasgresiones a la ética y sus consecuencias .....	97
6. Sumarios y juicios internos de las organizaciones médicas. Las condiciones de amnistía legal .....	98
7. A modo de epílogo:	
actitudes frente a nuevos temas de conflicto ético-médicos .....	106
a) Ex-torturadores y su virtual tratamiento psicoterapéutico .....	107
b) Médicos y pena de muerte: .....	109
c) Médicos y huelga de Hambre: .....	110
d) Normas éticas relativas a la atención médica de detenidos .....	111
e) Hacia una legislación contra los crímenes de lesa humanidad .....	112
8. Comentarios .....	112
<b>II.2. LA MEDICINA BAJO EL NAZISMO:</b>	
UNA APROXIMACIÓN HISTÓRICO-CULTURAL .....	123
Introducción .....	123
1. De la "ciencia de la raza" (Rassenkunde)	
a las medidas psiquiátricas de eutanasia .....	124
a) Médicos y sociedad en los años veinte .....	124
b) Precursores ideológicos de la raza como artefacto teórico .....	127
c) Precursores académicos de la "ciencia de la raza" .....	128
d) Los efectos de la ciencia "bajo la óptica racial" .....	133
e) El espíritu exterminador de la época en la psiquiatría .....	136
f) "Medidas eutanásicas" sobre menores de edad .....	137
g) La "Acción T4" .....	138
EXCURSO: El juicio de Nuremberg .....	141
2. Experimentos de resultado letal con seres humanos .....	144
a) Experimentos con sulfonamidas .....	146

b) Experimentos de flegmones .....	150
c) Experimentos de tifus exantemático .....	151
d) Recolección de material anatómico .....	154
e) Experimentos psicológicos .....	155
EXCURSO: Los problemas éticos de los médicos prisioneros en campos de concentración .....	156
f) Experimentos en el área de medicina de guerra .....	159
g) Selecciones para el exterminio .....	161
EXCURSO: La experiencia de prisioneros en campos de concentración alemanes y el denominado "síndrome de campo de concentración" .....	163
3. Crímenes contra la humanidad y oposición médica .....	177
a) Opositores aislados .....	177
b) Bloqueo sistemático de la oposición .....	178
c) Investigación concentrada temáticamente .....	180
d) Trabajo oculto de resistencia .....	183
4. Comentario .....	185
<b>II.3. HACIA UN RESUMEN DIACRÓNICO COMPARATIVO .....</b>	<b>199</b>
Delitos contra la ética médica .....	199
Oposición de médicos .....	200
El trasfondo ideológico .....	202
Estado de las investigaciones sobre ambas épocas .....	203
<b>B. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA SOBRE LA SITUACIÓN EXISTENCIAL Y LA ÉTICA PROFESIONAL DE MÉDICOS BAJO LA DICTADURA EN AMÉRICA DEL SUR .....</b>	<b>205</b>
<b>I. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>207</b>
Introducción .....	207
1. Contextualización del estudio .....	208
2. Consideraciones teóricas y metodológicas .....	212
<b>II. EVALUACIÓN CUALITATIVA DE LAS ENTREVISTAS NARRATIVAS SEMIESTRUCTURADAS .....</b>	<b>235</b>
1. Presentación y análisis de declaraciones en las entrevistas .....	237
2. Síntesis de la evaluación cualitativa .....	294
<b>III. RESULTADOS CUANTITATIVOS: COMPARACIÓN GRUPAL .....</b>	<b>299</b>
1. Tablas seleccionadas .....	299
2. Síntesis de la comparación grupal .....	314
<b>IV. EVALUACIÓN GLOBAL DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA .....</b>	<b>319</b>
Presentación .....	319



Ética médica y derechos humanos en América del Sur .....	320
Bloque I: Sobre la obediencia incondicional .....	322
1. Tortura y praxis médica.....	322
a) Tortura bajo observación médica .....	322
b) Labores médicas específicas en lugares de detención .....	324
c) Tortura y tratos crueles, en base a criterios médicos .....	324
d) Ejecuciones con métodos propios de la medicina .....	325
e) Malpraxis circunstancial con consecuencia de daño .....	325
2. Medicina y Justicia en vínculo dudoso .....	326
a) Labores médico-forenses .....	326
b) Emisión de certificados falsos de buena salud o de defunción .....	328
c) Semántica de la complicidad .....	329
3. La apropiación ilícita de la descendencia.....	330
a) Definición del problema .....	330
b) Detección científica de la descendencia robada .....	331
4. Médicos y gestión ideológica de las dictaduras .....	333
Bloque II: La otra expresión de la historia .....	334
5. El reverso de la medalla .....	334
6. Sumarios y juicios internos de las organizaciones médicas.	
Las condiciones de amnistía legal .....	336
Bloque III: Reacciones frente a nuevos dilemas de ética .....	338
7. Nuevos temas de conflicto ético-médicos .....	338
a) Ex-torturadores y su virtual tratamiento psicoterapéutico .....	339
b) Médicos y pena de muerte .....	339
c) Médicos y huelga de Hambre .....	340
d) Normas éticas relativas a la atención médica de detenidos .....	340
e) Hacia una legislación contra los crímenes de lesa humanidad .....	341
Síntesis de resultados de la investigación empírica .....	343
a) Las cuestiones básicas.....	343
b) Los presupuestos teóricos de la investigación .....	343
c) Las hipótesis de trabajo .....	344
<b>NOTAS EX POST: TEORÍA Y MÉTODO PARA EL ESTUDIO DE LA ÉTICA</b>	
<b>PROFESIONAL EN TIEMPOS DE CRISIS .....</b>	<b>357</b>
Discusión preliminar: .....	357
Informaciones actualizadas sobre la investigación .....	358
Reflexiones sobre teoría y método sobre ética profesional en tiempos de crisis .....	359
Consideraciones filosófico-teóricas: .....	361
Consideraciones metodológicas: .....	362
<b>EPILOGO.....</b>	<b>363</b>
<b>LITERATURA DE REFERENCIA .....</b>	<b>367</b>

## INTRODUCCIÓN

Una era dictatorial imprimió su sello a las sociedades de Argentina, Chile y Uruguay a fines del siglo veinte. Si bien los regímenes militares en esta región parecen ya pertenecer al pasado, los acontecimientos de entonces han dejado sin embargo huellas profundas en el tejido social de los países involucrados. A nuestro parecer, es necesario ocuparse ahora de las repercusiones de esa época en personas e instituciones.

Sobre los médicos de los países en cuestión, es sabido que algunos de ellos apoyaron activamente a los regímenes dictatoriales y no retrocedieron ante crimen alguno en su complicidad con la respectiva dictadura, pero que también otros participaron en la oposición abierta o subrepticia y que a menudo fueron objeto de medidas represivas del terrorismo de Estado. Todavía se conoce poco sobre la forma en que un estado de excepción permanente en esas sociedades repercutió en la vida de los médicos y en su práctica profesional.

A partir ya desde los juicios de Nuremberg quedó demostrado y documentado el claro involucramiento de médicos en un régimen de dominación totalitaria. Otros ejemplos de experimentos bacteriológicos sin respeto a la vida humana, realizados por médicos japoneses en la China ocupada, así como el abuso de la psiquiatría en la antigua Unión Soviética y los experimentos psicotrópicos con seres humanos en los Estados Unidos, dan fe de cuán vulnerable puede ser la ética médica cuando los intereses de poder pasan a un primer plano.

En los países de América del Sur aquí tratados, y a diferencia de lo ocurrido después del fin de la era nazi, los médicos implicados sólo han sido circunstancialmente procesados por su participación comprobada en violaciones de los derechos humanos y no se vislumbra que existan muchas probabilidades de llegar a una instancia aclaratoria como el Tribunal de Nuremberg.

Este estudio sobre la ética médica durante los regímenes totalitarios en esos países no pretende elevar juicio a ninguna persona o institución, sino tratar de aproximarse a la perspectiva de los médicos que vivieron bajo las dictaduras. Se propone examinar los acontecimientos en la intersección de la ética médica y los derechos humanos, reuniendo y analizando conocimientos para una discusión que todavía se está por realizar. Este estudio conjuga líneas de acción transcultural e interdisciplinaria: con sede en la Universidad de Hamburgo. Dispuso el autor de un ámbito académico pluridisciplinario, en tanto que los materiales elaborados



fueron consecuentemente sometidos a la crítica de colaboradores de idioma materno, tanto alemán como castellano.

Esta investigación se ocupa de los conflictos y los problemas específicos en la cotidianeidad médica general en tres países de América del Sur, bajo las circunstancias de la época. La categoría de «situación límite» adquiere –de acuerdo con el tema– un significado central en la valoración de las experiencias descritas por los médicos. El trabajo se generó en base a un procesamiento inductivo de las experiencias y actitudes de los médicos en esa época. En él se aborda un terreno casi virgen, ya que hasta ahora, poco o nada existe sobre las experiencias personales y profesionales –desde la perspectiva de partidarios y afectados– bajo tales regímenes. Es mucho más común que se emitan juicios generales sobre épocas de terror que el tratar de descubrir cómo ha influido en los individuos la constelación de abuso de poder y de conminación a la obediencia irrestricta.

#### Viñeta:

Un ejemplo de la vida diaria: un hombre de mediana edad llegó a la consulta privada de un médico general por un dolor de oídos. El examen directo de los conductos auditivos mostró pequeñas desgarraduras en las membranas de ambos tímpanos e indujo al médico a efectuar un tratamiento local con antibióticos y a recomendarle reposo. Se trataba de una lesión sin mayores complicaciones, excepto por el hecho de que ella había sido provocada por el choque de presión de una bomba lacrimógena que había explotado cerca del paciente, la cual había sido lanzada por la policía para disolver una manifestación espontánea en la capital.

El médico podría haber preguntado por las causas de la lesión y habría recibido una información detallada sobre las circunstancias que la originaron. Durante la dictadura estaba obligado por decreto a informar a la autoridad sobre lo ocurrido en su consultorio privado. El paciente habría sido considerado entonces como herido en un enfrentamiento deliberado con las fuerzas del orden y tenido que soportar una investigación minuciosa de su situación personal, de cualquier modo con consecuencias desagradables para él. Pero, al no preguntar el médico por los motivos de la perforación de ambos tímpanos, quizás se le habrían escapado informaciones importantes, por ejemplo, las condiciones del lugar de trabajo, y podría haber hecho un diagnóstico errado que condujera a una cronicidad de las lesiones.

Esta viñeta es un ejemplo de la cotidianeidad médica durante las dictaduras. En ella se manifiestan las presiones permanentes a que estuvo expuesta la actividad médica en Argentina, Chile y Uruguay bajo el terrorismo de Estado. Las siguientes preguntas pueden aplicarse a la situación descrita: ¿cómo podía manejar el médico tratante una situación de esa naturaleza? ¿Existían posibilidades de acción comproba-

das, dirigidas a salvaguardar simultáneamente los derechos del paciente y la seguridad personal del médico? En ese caso, ¿era importante la posición del médico frente al gobierno militar? ¿Podía solventar él esa situación crítica escudándose en una actitud no involucrada?, y de ser así ¿cómo se veía esa neutralidad voluntaria?

Tales exigencias en el tráfico diario fueron determinantes para la situación existencial de los médicos en los países investigados. Una consideración expresa y un procesamiento a fondo de situaciones de esta índole permite abordar los aspectos cruciales del vivir y quehacer médico, que durante mucho tiempo se han tenido por difíciles de comprender –cuando no de ser francamente imponderables– ya que dan razón del trato concreto de los médicos practicantes con los conflictos de ética médica en momentos límite y ésto, a nuestro parecer, tiene un extraordinario significado para la época posterior a las dictaduras.

Para lograr una comprensión específica de la situación en cada uno de los tres países se requiere un análisis detallado de los antecedentes socio-históricos, una presentación sistemática de la interacción entre la medicina y la dictadura militar y una investigación empírica sobre las eventuales reacciones ético-profesionales de quienes vivieron en tales circunstancias y que entonces ejercían como médicos o eran estudiantes de medicina.

En la sección documental, primeramente me aboco al estudio del contexto histórico y social en el pasado reciente de los tres países, en especial en cuanto a sus efectos en la salud psíquica de los individuos y de la población en general. Entre tales aspectos se cuentan:

- las virtuales tendencias a una gestión de «renovación nacional», de importancia para una disposición a la subordinación individual ante formas estatales omnipotentes;
- el trato que los gobiernos militares dieron a la oposición, esto es, en qué medida se implantó la agresión a los derechos humanos y la propagación del terror como estrategias ad hoc de poder.

El significado del miedo y sus repercusiones en la vida cotidiana, así como la influencia estructural de la dictadura después del retorno a la democracia, completan esta ojeada retrospectiva a las condiciones que actuaron en forma decisiva sobre la salud psíquica de la mayoría de la población en los tres países, durante y después de la época de las dictaduras militares.

Los siguientes capítulos están dedicados al estudio sistemático de las circunstancias propias de la situación de los médicos bajo un régimen totalitario, tanto en la historia reciente de los tres países como bajo el nazismo en Alemania. La exploración paralela de esta temática resulta indispensable para este trabajo, pues, a semejanza de lo ocurrido bajo el régimen nazi, la situación de los médicos fue de mucha importancia para la acción de la dictadura militar en América del Sur.

Esto se manifiesta en que mientras por una parte, numerosos médicos se con-



vertían en objetivo predilecto de la persecución de los aparatos represivos en los tres países del estudio, en virtud de su participación social en sociedades marcadas por contradicciones económicas flagrantes y con alto grado de conciencia social en la capa intelectual; por otra, muchos médicos tomaban parte activa en la represión, empleando para ello su competencia profesional.

La segunda parte de la sección documental se enfrenta al tema de la participación en actividades de oposición y colaboración entre los médicos de los tres países. En ella se expone el tipo de crímenes contra la humanidad que fueron perpetrados por médicos, hasta dónde era conocido ese abuso de conocimientos profesionales entre los mismos médicos, qué reacciones suscitaron estos hechos, cómo repercute hoy en día el conocimiento de la cooperación de algunos médicos con la dictadura entre los médicos mismos y en sus organizaciones y en qué forma se definió la posición personal de los médicos ante el poder absoluto.

En Alemania la medicina fue instrumentalizada acorde a la ideología y política nazi. Una consideración histórico-cultural de la medicina en esa época completa la parte documental. En este punto son relevantes: las repercusiones de una doctrina antropológica en la medicina y la sociedad que se dispuso a promover la «raza pura» y a cimentar «científicamente» las pretensiones hegemónicas de la «raza nórdica»; la utilización de presos de los campos de concentración para experimentos médicos, invocando una situación de emergencia nacional bajo una guerra total, y los gestos y actividades de oposición a las políticas nazi entre los médicos de aquella época.

Como complemento de esa descripción sistemática de relevantes acontecimientos para los médicos bajo las dictaduras de esos países de América del Sur y bajo el nazismo, inicio una comparación diacrónica de ambas épocas en cuanto a su desarrollo específico y señalo en forma condensada las semejanzas y diferencias de cada entidad histórica en sí y en su interrelación respectiva.

Para el procesamiento de los antecedentes socio-históricos y de ética médica empleé métodos de selección y análisis de texto. El material de información fue reunido durante mucho tiempo y se sometió a una sistematización estructurante. La parte documental se basa exclusivamente en fuentes comprobables. La mayoría de los trabajos citados procede de estudios científico-sociales de reconocida solvencia. Si bien algunos de los informes y de los conocimientos contenidos en ellos pueden ser considerados como de procedencia poco convencional para un trabajo académico como, por ejemplo, los de Amnistía Internacional, constituyen, sin embargo, evidencias documentales únicas y garantizadas sobre la temática y han demostrado además estar bien fundadas, a pesar de múltiples desmentidos de las autoridades interesadas.

No obstante, este estudio sobre las dictaduras militares en los tres países de América del Sur no se reducirá exclusivamente a elaborar referencias obtenidas de fuentes secundarias. Mi atención se centró primordialmente en los médicos que

vivieron la época de la dictadura en cada país. En el curso de esta investigación intenté aproximarme a los médicos y apreciar sus condiciones existenciales de entonces y de ahora, oír sus opiniones sobre la situación del país correspondiente y apreciar sus criterios para juzgar aspectos conflictivos de la ética médica. De este modo, pretendo dar curso a un examen crítico de la situación existencial de médicos bajo dominación totalitaria, así como a una primera evaluación de las consecuencias personales que ésta ha provocado.

Una investigación que desee abarcar el significado social y cultural de esa época para los médicos participantes debe tratar de integrar, a nuestro criterio, desde la perspectiva de quienes vivieron esa época y atravesaron sus situaciones de conflicto, las cuatro dimensiones siguientes:

- 1) la vida cotidiana profesional y general durante la dictadura;
- 2) el grado de noción sobre el involucramiento de médicos en la represión;
- 3) la posición actual frente a esa época y
- 4) el significado de esa época para la historia personal.

A fines de 1992 y comienzos de 1993 tuve oportunidad de realizar una investigación de campo de cuatro meses en Argentina, Chile y Uruguay. En el curso de ella hubo cuarenta y ocho médicos de los tres países que aceptaron participar en una entrevista narrativa semiestructurada.

Durante las entrevistas con esos médicos –testigos de su época– se trató cinco complejos temáticos y, mediante preguntas abiertas, se motivó a los interlocutores a dar curso a:

- a) una presentación personal,
- b) su opinión vivencial sobre el gobierno militar,
- c) su posición frente a las violaciones de derechos humanos perpetradas por médicos,
- d) sus opiniones sobre actuales factores de conflicto en la ética médica, y
- e) una escenificación mental de situaciones de riesgo ético en la profesión médica.

Para la parte empírica de este estudio sobre ética médica y derechos humanos tras un período de dominación totalitaria, no existía una metodología que sirviera de modelo, puesto que, hasta donde conocemos, no existen estudios precedentes en la literatura científica. Así, con el mayor cuidado posible, hube de elegir el instrumental metodológico para esta parte de la investigación del arsenal de diversas disciplinas, en especial de la antropología social y cultural, así como de la psiquiatría y psicología social. El procedimiento metódico debía satisfacer tres requisitos fundamentales:

- a) garantizar estrictamente el anonimato de cada interlocutor,
- b) verter las declaraciones lo más literalmente posible en la evaluación y presentación de los resultados y



- c) poner de manifiesto, a través de los diferentes métodos cualitativos y cuantitativos de evaluación, la multiplicidad de opiniones existentes, así como las posibles interrelaciones de las respuestas y opiniones sobre las diferentes áreas temáticas.

En el estudio partí del supuesto de que la intervención militar había significado un corte existencial para todos los participantes, de modo que habían sido afectados personalmente por los acontecimientos de esa época y obligados a adecuar sus «proyectos de vida». Por ende, el grado de implicación personal y las estrategias propias para sobreponerse a la situación conformaron el punto central de la indagación.

Así también, di por supuesto que las violaciones a los derechos humanos (también por parte de médicos) bajo la respectiva dictadura militar eran ampliamente conocidas y que, en oposición a lo ocurrido en Alemania después de la época nazi, hoy en día no eran objeto de un tabú estricto. Por consiguiente, mi atención se dirigió a la forma en que los interlocutores manejan ese conocimiento –en parte impactante– en la actual época postdictatorial.

En virtud de esos postulados y a la luz de las experiencias propias de los médicos entrevistados, se crea un marco de referencia consistente para profundizar en su propia percepción de los problemas planteados recientemente para la ética médica, tales como trasplantes de órganos, tecnología genética, etc. Para este planteamiento es fundamental la hipótesis que define la conciencia moral profesional de los médicos participantes como estrechamente relacionada con su autodefinición social y que plantea una correlación entre la percepción de situaciones de conflicto en ética médica y la actitud que se toma al respecto, según el trasfondo biográfico de los entrevistados.

El objetivo de esta investigación, de lograr conocimientos sobre las condiciones existenciales y la actitud de los médicos durante la dictadura militar desde su propia perspectiva, hacía indispensable una atención homogénea hacia todos y cada uno de los participantes. En la sección empírica, la ética fue tratada por amplios trechos específicamente en su dimensión argumentativa; de mi parte, como autor, no hubo juicios ni comentarios apreciativos y practiqué más bien una renuncia deliberada a categorías valorativas.

Mi actitud como autor puede describirse –por razones de origen y profesión– como la de un observador empático que durante esta empresa trata de realizar un acto de equilibrio entre un intenso deseo de saber y un necesario juicio de ponderación, después de haber pasado veinte años de vida en otra realidad. Mis estudios de medicina y filosofía los hice básicamente en Chile, pero mi labor profesional, desde un principio, la he desarrollado en la República Federal de Alemania. El interés primordial en la temática tenía así raíces también biográficas, pero sin que existiera una experiencia profesional directa en los países de la investigación. Esta

investigación tuvo un devenir cabalmente transcultural: en tanto que los materiales de la investigación empírica (entrevistas semiestructuradas y bitácoras de campo) están en castellano y en parte en alemán; el texto inicial así como la versión definitiva de esta investigación fue escrita en alemán y traducida al castellano por Enzo La Mura en Hamburgo y Nora López en Caracas. Así se dio curso a un hábito de distanciamiento circunstancial de materiales que por momentos eran abrumadores por su contenido de destrucción.

Deseo expresar mi sincero agradecimiento a los interlocutores en las entrevistas, pues ellos respondieron llanamente a preguntas a veces conflictivas y de esa forma me abrieron una vía de acceso a sus propias experiencias personales durante la dictadura. Las asociaciones profesionales en Chile y Uruguay han promovido bases documentales para profundizar en este estudio gracias a la publicación común "Médicos protagonistas" (v. Bibliografía de referencia) en Montevideo, 1995.

Es obvio que una temática semejante sólo pudo abordarse después del fin de los regímenes militares. En el curso de esta investigación pudo apreciarse que aunque la influencia directa del estado de dictadura pertenece al pasado, las personas aún están fuertemente influidas por esa época: las experiencias de entonces se aprecian en la memoria de los entrevistados como muy intensas y todavía poco empañadas por explicaciones e interpretaciones distorsionantes.

En el marco de una investigación de esta naturaleza es factible, aunque no premeditado, el tener momentos de colisión con el pasado reciente. Así ocurrió particularmente con los médicos que fueron torturados o que fueron acusados públicamente de haber participado en las torturas y que en las entrevistas abordaron expresamente el tema. Por de pronto, no fue posible desarrollar una interacción profunda con esas personas. La tortura en el contexto existencial de médicos implicados personalmente debe aún ser objeto de una investigación específica. Esta primera aproximación a inculpados y afectados puede contribuir a destacar la temática en sí y crear interés para su estudio en profundidad.

Desde el punto de vista metodológico di gran importancia a la observación diferenciada e independiente de los acontecimientos durante la dictadura en cada país. Sin embargo, porque esta investigación fue realizada desde Hamburgo, contó con nuevas perspectivas para percibir y evaluar el contexto situacional en los tres países de América del Sur, en base a investigaciones recientes sobre la medicina durante la Alemania nazi. La época del nazismo constituye un importante marco de referencia para este trabajo. Se puede esperar que esa influencia latente haya conducido más a un esclarecimiento fáctico que al encubrimiento interpretativo de los resultados en esta investigación. Así, por ejemplo, es posible observar las faltas a la ética médica cometidas en los países de América del Sur «en nombre de la patria» o al servicio de una ideología en contraste con experiencias connotadas de la época nazi y someterlas a un primer análisis científico.

En esta investigación he aceptado el desafío de inmergirme en el pasado reciente de estos países de América del Sur a través del estudio y análisis de fuentes y de entrevistas a testigos de ese pasado. Resta esperar que ella contribuya tanto a divulgar algunos conocimientos sobre delitos de lesa humanidad y sobre actos de oposición a la dictadura, realizados por médicos, como a incentivar una discusión, siempre necesaria, sobre la ética médica en tiempos de crisis.

## A. Contextualización de la investigación

La dimensión psicosocial del terrorismo de estado  
en América del Sur

La situación de la ética médica en los tiempos  
del Estado de excepción en América del Sur  
y del Nacionalsocialismo en Alemania



# I. ÁMBITO SOCIAL, HISTÓRICO Y PSICOLÓGICO

## Bajo la égida del terrorismo de estado

“Se quiere uno zafar del pasado: con razón, porque bajo su sombra no es posible en absoluto vivir, pues el horror no tiene fin, si la culpa y la violencia se han de pagar con culpa y violencia; sin razón, porque el pasado del que uno se quisiera arrancar está aún muy vivo...” (Th.W. Adorno: Eingriffe)

### INTRODUCCIÓN

No es tarea sencilla hacer una relación cabal y circunspecta de la época de los gobiernos militares en la historia reciente de Argentina, Chile y Uruguay ya que varios son los obstáculos que se oponen a un análisis, si no neutral -ya que el estudio de acontecimientos sociales requiere de una posición bien definida del analista- por lo menos consciente de las trampas de la memoria y el raciocinio regular: por lo común preñado de juicios a priori. Concordamos con Bachelard (1974) en que “el conocimiento de lo real es una lumbre que siempre arroja sombras a alguna parte. El descubrimiento de lo real ocurre siempre retrospectivamente. Nunca es lo real lo ‘que uno podría pensar’ sino siempre lo que uno hubiera debido pensar”<sup>1</sup>.

Por otra parte, podría parecer aventurado referirse a la situación existencial de médicos en términos geopolíticos: Cono Sur de América Latina. Sin embargo, los tres países ofrecen muchos aspectos similares en su historia reciente. Así, el agudizamiento de los conflictos sociales y económicos y la búsqueda de nuevas vías de desarrollo, en los años sesenta y principios de los setenta, condujo en cada uno de ellos a un proceso creciente de polarización política en la mayoría de la población -proceso del cual no estuvieron ausentes los médicos. En términos casi sincrónicos, la función del estado entró en una profunda crisis institucional en los tres países y para solventarla se utilizó en ellos un recurso de método más o menos homogéneo: en los tres se instauraron dictaduras militares<sup>2</sup>.

Para los fines del presente estudio es importante concentrar la atención en tres aspectos básicos de la historia reciente de estos países:

- a) el sistema conceptual de la intervención militar, esto es la línea ideológica que guió la acción de los militares y si hubo tendencias fundacionales;

- b) la articulación de la actividad represiva bajo la égida del terrorismo de estado y el significado del miedo como agente psicosocial y, por último,
- c) el trato jurídico de los delitos de lesa humanidad y procesamiento social en la fase postdictatorial.

### 1. GOLPE DE ESTADO COMO *ÚLTIMA RATIO*

Los gobiernos de facto del Cono Sur tuvieron en común las siguientes características: la Doctrina de Seguridad Nacional como base ideológica de las gestiones que condujeron a la instauración de la dictadura militar; una teoría neoliberal autoritaria para el desarrollo de la política económica y la violencia organizada como instrumento para aniquilar cualquier forma de oposición.

Esa doctrina surgió en el ámbito de la Guerra Fría y estaba dirigida a las fuerzas armadas del subcontinente latinoamericano y se articuló como una respuesta a la amenaza, concebida como global, del comunismo internacional<sup>3</sup>. En su percepción de la realidad social contingente esa amenaza comunista cobraba relevancia estratégica y se visualizaba como enemigos principales a quienes, esos gobiernos considerasen que la apoyaban, voluntaria o involuntariamente.

En la creciente polarización de posiciones, las fuerzas armadas se constituyeron prácticamente en la única institución que mantuvo una organización vertical y coherente. Gracias a su simpleza para definir y proscribir al enemigo, la Doctrina de Seguridad Nacional fue el instrumento ideológico que cohesionó sus actividades y creó las bases conceptuales para articular una verdadera caza de brujas sobre las fuerzas de oposición; caza de brujas de la que no estuvieron ausentes los profesionales de la salud.

Viéndose como inminentes el resquebrajamiento del estado como institución y la toma del poder por el comunismo internacional, en los tres países se proclamó como insoslayable una "cura radical" por las fuerzas armadas, garantes de orden y unidad<sup>4</sup>. Luego del golpe militar, se definió la "excesiva politización" de los ciudadanos como el problema de mayor envergadura, el que debía ser tratado declarando a la política y los políticos activos en receso institucional. Así, la revista chilena "Armas y servicios del Ejército" informaba en 1980:

"Todos sabemos que el mundo de hoy se divide políticamente en occidentales y orientales; es decir, demócratas y marxistas. La lucha entre ambos bandos, aunque lo hacen estratégicamente, sobre todo las grandes potencias, es a muerte"<sup>5</sup>.

Aún cuatro años después de la vuelta a un sistema parlamentario en Argentina, el general Caridi manifestaba en nombre de los militares:

“La importancia creciente del fenómeno terrorista permitió una sola alternativa: o su destrucción para salvar la existencia de la nación o permitir su triunfo y con ello la pérdida irreparable de las instituciones y de la forma de vida de los argentinos”<sup>6</sup>.

Por otra parte, la teoría neoliberal organizada en base a la conceptualización económica de Milton Friedman de la Escuela de Chicago, propende a desarrollar condiciones de libre mercado en economías nacionales. En esos países de América Latina esto significaba concluir con políticas económicas de largo arraigo, tales como la promoción estatal de la industria local (a través de la substitución de importaciones como gestión de importancia nacional) y disminuir la actividad del Estado en el área de los gastos sociales. Una política económica de este tipo necesitaba en ellos necesariamente del atributo de la fuerza para poder ser aplicada en forma consecuente<sup>7</sup>.

No corresponde a los efectos de este trabajo adoptar posición frente a estrategias globales de finanzas y economía nacionales. Sin embargo, debemos destacar que esa política económica condicionó una disminución estructural de los gastos públicos en el área de salud, concretamente se redujo el ítem preventivo y la participación estatal en la atención a los sectores de poco poder adquisitivo. La reestructuración del sistema sanitario condujo a lo que se ha dado en llamar una fragmentación institucional, con un alto grado de privatización de la atención médica y un fuerte deterioro de las instalaciones y servicios de salud dependientes del estado<sup>8</sup>.

Basada en experiencias de guerra psicológica a partir de la primera Guerra Mundial, la violencia organizada surge como una verdadera estrategia de acción sobre la mente en la Doctrina de Seguridad Nacional<sup>9</sup>: “Una cicatriz mental es preferible a una física, porque tarda en hacerse aparente” manifiesta Watson en términos apodícticos. En otra parte de su obra básica, él hace referencia a las labores pioneras en esta área dentro del subcontinente americano: “... las Fuerzas Armadas brasileñas tienen una guía, ‘Guerra Psicológica’ (Ministerio de Guerra. Brasil, 1956), que incluye tres anexos...” Y concluye: “Parecería que el ejército brasileño,... puede dirigir la guerra psicológica contra el propio pueblo o los extranjeros por igual”<sup>10</sup>.

Convencidos de la existencia de un clima de insurgencia en los tres países y considerando a la guerrilla como su área de actividad militar más importante, la Doctrina de Seguridad Nacional concentró sus esfuerzos en luchar contra ella, a través de la guerra psicológica contra la propia población e instaurando el estado de excepción como tónica de la vida ciudadana a largo plazo.

En su definición de lo que fue ese tiempo para Argentina, dice el Informe Sábato:



“En el delirio semántico, encabezado por calificaciones como ‘marxismo-leninismo’, ‘apátridas’, ‘materialistas y ateos’, ‘enemigos de los valores occidentales y cristianos’, todo era posible: desde gente que propiciaba una revolución social hasta adolescentes sensibles que iban a villas-miseria para ayudar a sus moradores. Todos caían en la redada: dirigentes sindicales que luchaban por una simple mejora de salarios, muchachos que habían sido miembros de un centro estudiantil, periodistas que no eran adictos a la dictadura, psicólogos y sociólogos por pertenecer a profesiones sospechosas, jóvenes pacifistas, monjas y sacerdotes que habían llevado las esperanzas de Cristo a barriadas miserables. Y amigos de cualquiera de ellos, y amigos de amigos, gente que había sido denunciada por venganza personal y por secuestrados bajo tortura. Todos, en su mayoría inocentes de terrorismo o siquiera de pertenecer a los cuadros combatientes de la guerrilla...”<sup>11</sup>.

Sobre la violencia organizada particulariza el Informe de la Comisión de Verdad y Reconciliación, documento oficial del gobierno chileno, tras el retorno a la democracia, en 1991:

“La doctrina de la contrainsurgencia se reflejó en diversos grados, sobre las enseñanzas recibidas y las prácticas inculcadas en los entrenamientos de la lucha antiguerrillera. El secreto de las operaciones; ‘las técnicas de interrogatorio’, la educación de forma de lucha y muerte ‘especiales’ y para tender emboscadas; los adiestramientos de ‘supervivencia’ que a menudo incluían realizar actos degradantes para la propia dignidad, o crueles, iban acostumbrando a los alumnos a que los niveles éticos fuesen retrocediendo o desvaneciéndose, hasta desaparecer”<sup>12</sup>.

En relación al Uruguay R. Huhle plantea:

“Una vez en el poder, se manifestaron los militares quizá como los más concienzudos y dedicados en imponer la doctrina de seguridad nacional que América del Sur conoció hasta entonces. El país fue cubierto con una red de controles que clasificaba a todos los ciudadanos de acuerdo al grado de ‘peligrosidad’ Los militares uruguayos se decidieron, a diferencia de sus colegas en Brasil, Argentina o Chile, por el encarcelamiento como método básico de represión. Así hubo en Uruguay una cantidad relativamente pequeña de desaparecidos y asesinados (de los cuales incluso una buena parte corresponde a la acción de la dictadura argentina), pero también la mayor cantidad de prisioneros políticos en relación a la población. ‘Uruguay tiene en este momento 1.600 problemas, porque no tiene 1.600 muertos’ declaró en 1979 el máximo juez militar y lo atribuyó al ‘espíritu humanitario’ de las fuerzas armadas. En verdad fue prácticamente torturado cada uno de los prisioneros y las condiciones carcelarias eran extraordinariamente duras. La meticulosidad de los militares se demostró asimismo en la aplicación de la



tortura, por lo menos en tres de cada cuatro sesiones de tortura estaba presente un médico”<sup>13</sup>.

Cada gobierno de facto utilizó durante el período álgido de la represión y especialmente dentro de las fuerzas armadas- el mayor o menor grado de adhesión práctica a la violencia organizada contra una oposición calificada globalmente de “subversiva” como referencia de lealtad al régimen en sí y a sus implicaciones sociales.

## 2. TENDENCIAS FUNDACIONALES:

Como tendencias fundacionales se entiende aquella suma de esfuerzos dedicados a la creación de un “nuevo orden” y de “una patria renovada”. El valor intrínseco de tales “visiones” radica en que ellas promueven un alto grado de cohesión entre sus seguidores. La experiencia histórica nos muestra que tales ideales conducen a una forma especial de apreciar la sociedad, con una autoconsciencia especial y favorecen deformaciones de la sensibilidad de los individuos -médicos para los efectos de este estudio- frente a conflictos éticos y morales. En tanto que existe una meta, concebida como trascendental, es mayor la tendencia a subordinarse a ella como individuo, cultivar una actitud ética de convicción y aceptar que “el fin justifica los medios”<sup>14</sup>.

Frente al poder, absoluto en apariencias que después del golpe de estado respectivo alcanzaron los militares en cada país, cabe preguntarse si no surgieron proyectos fundacionales. Pues, si cada gobierno militar reclamaba para sí la defensa irrestricta de los valores en crisis de la nación, resulta imaginable que muchos de sus esfuerzos se dedicaran a construir una nación de nuevo cuño.

J.M. Bordaberry, presidente electo de Uruguay y mantenido por los militares en ese cargo después del golpe de estado del 27-VI-1973, se definió por una “solución integral” de los problemas surgidos durante la democracia representativa. Así, de acuerdo a los historiadores Caetano y Rilla él se abocó intensamente a tales proyectos y el 19 de abril 1974: “...luego de invocar al ‘orden natural de convivencia en el Derecho’ y a los ‘valores históricos de nuestra civilización cristiana’, se juramentó una vez más en ‘la gran responsabilidad [...] de no regresar jamás [...] al estado de cosas que colocó a la República al borde del caos y la disolución’, reiterando ‘que no se retrocedería a una democracia formal y hueca’ como la de antes de 1973”<sup>15</sup>.

En Chile existieron también ideas y conceptos de esta índole; de este modo, poco después del golpe de estado del 11-IX-1973 surgió la “Declaración de Principios del Gobierno de Chile”, inspirada tanto en tradiciones autoritarias chilenas como españolas. En su contextualización de los acontecimientos en torno al golpe de estado, la Comisión Rettig lo califica:

“Es un documento ambicioso, pues busca sentar las bases doctrinarias a las cuales se ajustará la acción del régimen militar. Si bien la ‘Declaración’ acepta y proclama que, en definitiva, el poder será originado por el sufragio universal, libre, secreto e informado’ simultáneamente reclama un estado portaliano; un movimiento cívico-militar; una democracia más de substancia que de forma, unas Fuerzas Armadas y de Orden garantes de un ‘amplio concepto’ de seguridad nacional, y ello aún después de cerrado su régimen. Éste no será, continúa la ‘Declaración’, sólo un intermedio administrativo entre dos gobiernos partidistas, sino que -mediante ‘una acción profunda y prolongada’ hará la reconstrucción moral, institucional y material de Chile y ‘cambiar(á) la mentalidad de los chilenos’ Por eso dichas fuerzas no fijan plazo a su permanencia en el poder. Finalmente, interesa anotar que la ‘Declaración’ se presenta como irreformable, lo que acentúa su carácter de fundacional”<sup>n</sup>.

En Uruguay estos esfuerzos fundacionales habían conducido hasta 1980 a redactar una nueva constitución y -en pleno proceso de conseguir el apoyo ciudadano para tal redefinición nacional- hacer descollar el valor intrínseco de la actividad militar para la nación en ciernes:

“La profesión militar no es una profesión más entre otras. Constituye un verdadero estado, un espíritu y un estilo de vida que define una vocación de servicio a la patria... Ya pasaron los tiempos en que nuestra actividad se reducía exclusivamente a los planes de operaciones, y a la preparación e instrucción... Hoy la guerra penetra en campos insospechados; desde la paz, la subversión trabaja activa e insidiosamente... Por lo tanto para que la (fuerza de) seguridad logre superar a la subversión, la responsabilidad no puede ser asumida por militares con mentalidad y espíritu meramente profesionales. Las Fuerzas Armadas supieron superar este criterio profesional que las convertía en brazo armado de una legalidad constitucional vacía de todo sentido de nacionalismo y patriotismo”<sup>16</sup>.

Para Chile se debe de consignarse un proceso de índole más pragmática que condujo, también en 1980, a la formulación de una nueva Constitución que, según el Informe Rettig:

“Sus rasgos poco o nada conservaban de la ‘Declaración de Principios de 1974’ eran tradicionales, liberales y democráticos, aunque de sesgo fuertemente autoritario. Pero ponía fecha de términos fija al régimen militar, y consagraba rango institucional a la libertad económica, la primacía de la iniciativa particular y la desestatización”.<sup>17</sup>

Puede parecer ocioso discutir acerca de la validez de las elecciones y plebiscitos, realizados en el curso de las dictaduras militares, sin embargo, la reciente expe-



riencia de estos países de América del Sur nos muestra algunos resultados paradójicos. En primer lugar, debe constatarse que el plebiscito de 1980, sobre la nueva constitución en Uruguay, condujo a una masiva derrota de esta gestión y transformó a sus gestores en miembros de una "dictadura de transición".<sup>18</sup> En el segundo ejemplo, si bien ese plebiscito condujo a la aceptación forzada de la nueva Constitución chilena en 1980 por la vía electoral, también abrió paso a que el dictador Pinochet fuera "deselegido" legalmente en el siguiente plebiscito realizado en 1988. En éste se debía confirmar a Pinochet por otros ocho años, esta vez en una presidencia *de jure*, no obstante, la mayoría de los votantes se opuso a la continuación del gobierno de facto, a pesar de una fuerte campaña del miedo, desatada por la dictadura y mediante su voto de oposición permitió dar curso a posteriores elecciones democráticas.

Para hacer una comparación histórica entre formas de dominación totalitaria en Europa y América Latina, aunque especialmente enfocado en Argentina, resulta interesante la opinión de A. Rouquié:

"Los regímenes autoritarios europeos de 1920 a 1945 aspiraban a fundar, contra el liberalismo y la democracia, un 'nuevo orden' o un 'Reich milenarior'. Las dictaduras militares latinoamericanas de hoy son regímenes sin ideología. La 'doctrina de seguridad nacional', invocada en mayor o menor medida por estos gobiernos militares institucionales, sirve más para disimular la ilegitimidad que para fundamentar una nueva legitimidad. La doctrina ha sido un medio para generar consenso activo en el seno de la institución militar en torno a una imagen conforme al alarmismo profesional. Sus hipótesis bélicas, al ampliar el espectro de las amenazas y situarlo en el interior de la propia sociedad nacional, otorgan una base corporativa a la intervención política del ejército, pero no la explican. Justifican su presencia prolongada en el timón del poder, pero no sientan las bases de un nuevo poder. En una palabra, la teoría de la seguridad nacional no tiene nada de ideología, ni por su coherencia, ni por su difusión ni por su función constituyente"<sup>19</sup>.

Si bien en todas las proclamaciones militares se sostenía querer salvar la patria amenazada, la refundación nacional parece haber sido tan sólo una quimera de ideólogos próximos a los militares y de poco arraigo entre la población civil<sup>20</sup>. No hay razones para plantear la viabilidad de una ideología fundacional propia de la época, esto es con una nueva definición histórica de sí mismos por parte de los detentores del poder<sup>21</sup>. Para los fines de este estudio, ello nos explica la ausencia de mesianismo en la mayoría de los civiles implicados, y nos remite a un sistema que funciona más que nada por el ejercicio del terror como forma de dominación sobre la población en general<sup>22</sup>.

### 3. GUERRA CONTRA LA PROPIA POBLACIÓN: PRINCIPIOS PSICOLÓGICO-MILITARES

La violencia organizada contra la propia población se convirtió en una característica esencial de la actividad militar en los tres países aquí considerados. Ella tomó también forma de guerra psicológica, pues tenía como objetivos expresos la intimidación y el sometimiento de grandes grupos mediante el empleo de acciones psicológicas, concebidas para imponer la aceptación pasiva de estructuras de dominación autoritarias y crear en los virtuales opositores una sensación de constante amenaza existencial y de impotencia personal frente al aparato militar en acción.

Esta guerra psicológica se llevó a cabo en cuatro áreas que se complementaban mutuamente y que se pueden considerar como las formas principales de aplicación de la violencia organizada:

- 1) la desaparición de opositores al régimen;
- 2) la tortura sistemática;
- 3) la entronización, o control y manipulación, de los medios de comunicación.
- 4) el exilio o desplazamiento forzado de grupos sociales y políticos

Debido a que esta violencia organizada se puede considerar como una agresión premeditada y permanente contra la salud psicosocial de la mayoría de la población, nos proponemos desarrollar a continuación sus principales formas de manifestación y de mostrar las consecuencias que su aplicación trae a una población, en principio, indefensa. En un estudio de este tipo debemos superar la indignación que despiertan las prácticas del terrorismo de estado. Pensamos que esa reacción fue indispensable durante las dictaduras para conservar el núcleo de los valores y coraje cívicos en la sociedad, así como un factor indispensable para articular la política de oposición, a la cual se debe el nivel de información de que hacemos uso. Sin embargo, en nuestro trabajo tenemos que ir más allá: por una parte, estamos obligados a lograr un nivel científico de comprensión de la temática y por otra, hemos realizado esta investigación desde Alemania, sin haber sido ni actores ni testigos directos en toda su extensión de los de los procesos tratados. Esto inhibe cualquier tentación de convertirnos en portavoces y abanderados de la indignación moral, destacando que esta justificada actitud ha tenido su propia representación en los países afectados<sup>23</sup>.

#### *a) La "desaparición" de opositores al régimen*

Este método consistía en la captura de virtuales opositores políticos al régimen por parte de las fuerzas armadas, de la policía civil o uniformada o por parte de grupos paramilitares que actuaban bajo la dirección de miembros de las anteriores. Una



vez capturados, los afectados eran reclusos en lugares desconocidos en su función de cárceles y/o trasladados de un lugar a otro para evitar que se les pudiera ubicar.

Con ello se perseguía crear un alto grado de inseguridad judicial y de impotencia personal de parte de familiares y amigos de los detenidos. Por desconocer el lugar de detención del “desaparecido”, los familiares no podían interponer recursos jurídicos regulares ante las autoridades, tales como el *Habeas Corpus*, ni gestionar la defensa del detenido a través de la instancia jurídica pertinente. El muro de silencio con que se chocaba en las comisarías policíacas o en las cárceles al indagar sobre el paradero de la persona buscada, reforzaban en los familiares y amigos del “desaparecido” los sentimientos de inseguridad y abandono, en tanto que la detención y el desaparecimiento del ser querido los marginaba del “orden establecido”.

Durante los últimos veinte años se ha tomado constancia formal de más de treinta mil casos de “desaparecidos” en América del Sur. Sin embargo, el método de la desaparición de opositores al régimen no fue la “invención genial” de algún miembro del aparato represivo de esos países, sino que más bien constituyó una aplicación masiva de un método ya usual en la guerra psicológica, y que probablemente partió de las experiencias acumuladas durante la guerra de Indochina<sup>24</sup> por los teóricos militares estadounidenses.

Uno de los antecedentes históricos de mayor relevancia se encuentra ya en el transporte de los presos en acciones de “noche y niebla” desde territorios ocupados por la Alemania nazi, a fin de quebrar la resistencia nacionalista de los respectivos países, de acuerdo al decreto Keitel de 1942:

“Un aterrorizamiento efectivo y de larga duración (de las fuerzas opositoras) sólo se puede alcanzar a través de la pena de muerte o de medidas, dirigidas a los deudos y a la población, que creen incertidumbre sobre el destino de los hechores”<sup>25</sup>.

Otro antecedente más inmediato son las experiencias de la Guerra de Vietnam. En ella algunos psicólogos sociales y antropólogos culturales estadounidenses que actuaban como consejeros científicos de las fuerzas armadas de su país durante esa guerra hicieron observaciones significativas y llegaron a conclusiones fundamentales acerca de la moral de defensa de los vietnamitas: lo que más los afectaba psicológicamente no era tanto la muerte de sus vecinos o familiares durante las acciones de la guerra misma, sino el hecho de no poder celebrar las ceremonias tradicionales frente a los caídos, y así dar expresión al duelo para despedirse ritualmente de sus muertos. La ausencia de ceremonias de luto rompía el delicado vínculo cultural que relaciona a los vivos con los difuntos; la familia y la comunidad se sentían profundamente inseguras, como si hubiesen violado colectivamente un tabú; esta táctica se llamó “Almas Errabundas” y alcanzó un valor muy significativo en la guerra psicológica contra la población vietnamita<sup>26</sup>.

En América del Sur, la desaparición de virtuales opositores al régimen sólo comenzó a usarse en términos sistemáticos a mediados de la década de los 70, cuando probablemente se hizo explícito que la población no aceptaba sumisamente la instauración de un modelo autoritario y neoliberal de sociedad, sino que era de esperarse que ella mantuviese una resistencia pasiva y activa de largo aliento.

El efecto que los “desaparecimientos” produjeron en familiares y amigos se caracterizó por situaciones afectivas y comportamientos altamente contradictorios: en tanto que era conocido el hecho que las fuerzas represivas torturaban sistemáticamente a sus detenidos, los deudos tenían sentimientos de impotente compasión (“ojalá que él/ella muera pronto y no tenga que sufrir tanto”), mezclados con otros que manifestaban una esperanza “irracional” (“ojalá que esté vivo/viva y pronto regrese con nosotros”).<sup>27</sup>

Los deudos describían esta situación como un “shock permanente, una situación de crisis latente y continua, en la cual la tristeza y el dolor causados por la ausencia de la persona querida, se sienten como eternos”<sup>28</sup>. No existía una situación de duelo percibida como tal, sino que se experimentaba una sensación de ausencia sin vías de solución. Ausencia o pérdida del ser querido no pueden ser sinónimos en tanto que “el proceso de duelo o el sufrimiento es indispensable para la asimilación de la pérdida... A través del duelo uno aprende a aceptar el cambio que sigue a toda defunción de un ser querido. Cuando este proceso de duelo no se realiza plenamente (cuando queda inconcluso), hay pocas probabilidades que se pueda lograr una adaptación saludable a la pérdida sufrida”.<sup>29</sup>

El sentimiento de ausencia del ser querido adquirió entonces una calidad crónica en los deudos e incidió profundamente en su comportamiento social. Esta actitud de los deudos hacia las personas que fueron desaparecidas durante las dictaduras hoy aún tiene vigencia y se expresa en las actividades culturales y políticas de las organizaciones pertinentes.<sup>30</sup>

En términos de experiencia reconstruida<sup>31</sup>, se pueden definir tres fases por las que pasaron los deudos de los desaparecidos que vivieron esa “atroz absurdidad”<sup>32</sup>.

a) La reacción inmediata, por lo común, llena de desconcierto y angustia existencial. ¿Haría uno las preguntas adecuadas sin comprometer a otros? ¿No se estaría actuando irreflexivamente y poniendo en mayores peligros al “desaparecido” y a algún otro de sus familiares? Esto conduce a menudo a una actitud de perplejidad inactiva como “tras la caída de un rayo”.

b) Luego de algún tiempo seguía una fase de búsqueda desesperada, en la cual los familiares hacían todo lo posible e imaginable por dar con el paradero del desaparecido. “La absoluta incertidumbre sobre el destino del prisionero produce un desasosiego extremadamente grande, y la esperanza de volver a verlo le infunde a los familiares una absoluta urgencia por las gestiones que realizan”<sup>33</sup>.

c) En la tercera fase, por lo general, tomaron cuerpo las acciones colectivas



de los familiares. Cada uno de ellos ha llegado por su parte al convencimiento que la actitud individual no conduce a éxito alguno y se plantea la acción conjunta como una forma de salir de este "laberinto trágico"<sup>34</sup>.

Esta actividad colectiva frente a la desaparición de opositores al régimen respectivo, por ejemplo, la de las Madres de la Plaza de Mayo en Argentina, logró que la opinión pública llegara a conocer tanto las verdaderas dimensiones cuantitativas como el significado personal de estos *crímenes de lesa humanidad*. Por otra parte, sólo así fue posible el diseño y la maduración de tratamientos psicoterapéuticos encaminados a la superación de estas experiencias traumáticas: "Terapeutas chilenos y argentinos consideran que una forma importante para los familiares de 'desaparecidos' consiste en que se incorporen al trabajo de los grupos de solidaridad"<sup>35</sup>.

Para apreciar el significado de las "desapariciones" sobre la salud psicosocial de la población nos parece importante considerar que muchos de los familiares de desaparecidos era niños, tanto más indefensos frente a esta "táctica de la guerra psicológica"<sup>36</sup> y frente a los cuales la sociedad en general debe afrontar su responsabilidad<sup>37</sup>.

#### *b) La tortura sistemática en su dimensión psicosocial*

La tortura<sup>38</sup> de opositores al régimen llegó a ser un componente obligado en la praxis social de los regímenes de fuerza en América del Sur<sup>39</sup>. El estudio prospectivo de las experiencias de torturas, relatadas por sus víctimas, permitió reconocer una tendencia al perfeccionamiento técnico de manera que debemos hablar de una tortura sistematizada, es decir, respaldada de manera científica<sup>40</sup>, cuyos efectos en el individuo y las personas que le rodean eran seguidos en base a cánones de interpretación comunes y propios de la guerra psicológica. El conocimiento decantado de esta práctica era intercambiado a través de las fronteras y servía para fortalecer los aparatos represivos de los "países amigos".

Hoy existe vasto conocimiento sobre las técnicas cada vez más refinadas de la tortura a opositores<sup>41</sup>. La suposición de que los torturadores serían personas con anomalías psicológicas latentes pero de gran importancia y que debido a sus predisposiciones enfermizas disfrutarían atormentando a sus víctimas es algo que ya no se puede mantener. La praxis de la tortura constituye una entidad técnica más de la guerra psicológica y por lo general, tal como ya se había conocido en el proceso de Nuremberg y durante la guerra de Argelia<sup>42</sup>, puede ser realizada por cualquier miembro de la sociedad con un marco ético "normal y corriente"<sup>43</sup> en tanto que se fomente su sumisión incondicional a una autoridad que lo libere de la responsabilidad de sus actos personales y le presente su actividad de torturador como socialmente necesaria<sup>44</sup>.



A. Graham-Yooll nos muestra la opinión autorizada de un oficial del ejército argentino sobre el tema:

“La experiencia argentina se basa en la de los franceses en Argelia... No se puede derrotar a los comunistas de otra manera... Yo nunca torturé. Torturar es infligir dolor por placer personal. Yo castigaba al enemigo cumpliendo órdenes de mis superiores. Y si querés saberlo, todo se transforma en un juego con sus reglas; el subversivo lo sabe. Tenés que sacarle información. El tiempo está de tu lado, pero a él no podés darle tiempo porque entonces él te ganará en cuanto empiece a darse cuenta de lo que hacés. Hay que trabajar para vencerlo tan rápido como sea posible. Lamentás causarle dolor pero trabajás rápidamente. No lo mirás a la cara aunque le pongás los electrodos en la boca; y lo tenés con los ojos vendados. El secreto está en no mirarlo a los ojos. El otro secreto es que no haya sangre, eso hay que dejarlo para los enfermos hijos de puta o las bestias jóvenes...”<sup>45</sup>.

En el marco de la guerra psicológica en América del Sur la tortura sistemática de opositores políticos tenía como objetivos:

a) La obtención de información a través de personas acusadas de ser miembros de un partido o grupo de resistencia. Para ello se utilizaba una amplia gama de técnicas punitivas psíquicas y físicas destinadas a ablandar y quebrar la resistencia del afectado. Se propendía fundamentalmente a obtener una confesión comprometedora del afectado y sus virtuales compañeros.

b) La confrontación de individuos o grupos sociales con una instancia de la autoridad del estado presentada como todopoderosa. En esto el aparato del poder represivo debía conducir a que las personas se sintieran desprotegidas y adoptaran una actitud de adaptación pasiva al sistema. Específicamente, se les hacía presenciar la tortura y el maltrato de personas de prestigio en términos de “aleccionamiento”, por ejemplo, en las redadas masivas llevadas a cabo en Chile en los últimos años de la dictadura.

c) Sembrar la desconfianza mutua dentro de los grupos opositores. Como en el punto b) se trataba aquí de que las capturas arbitrarias y los maltratos produjeran desconfianzas recíprocas: debía cundir el recelo de que cada miembro del grupo podía ser un delator. Este método se manifestó como muy costoso y, por lo general, produjo escasos resultados.

d) Provocar la invalidez psicosocial de supuestos o reconocidos opositores al régimen. Aquí, como en el punto a), se trataba de provocar una lesión de carácter duradero en la integridad psicosocial del individuo.

El afectado debía salir marcado por “el dolor invisible de la tortura”<sup>46</sup>, de manera que su personalidad diera la impresión de haber sido destruida e infundiese así temor en su medio social de origen.

Gracias a la labor de difusión realizada por psicoterapeutas de los afectados,

así como por el testimonio directo de víctimas de la tortura, se ha llegado a conocer los efectos sobre la salud psicosocial<sup>47</sup>. De un estudio realizado con víctimas de la tortura en Dinamarca en 1977, se desprende que para los afectados “las peores consecuencias de la tortura son de orden psíquico y neurológico. Se registran a menudo estados de angustia, irritabilidad y depresiones”<sup>48</sup>. Los terapeutas subrayan los efectos mediatos de la tortura en los familiares de las víctimas y en general en las personas de su círculo respectivo.

En Chile se realizaron además formas de trabajo preventivo contra la tortura sistemática<sup>49</sup>. Las experiencias extremas realizadas con el aparato de poder represivo por algunas personas eran discutidas en grupos de base con lo cual, por una parte, se rompía el silencio y la incapacidad expresiva acerca de este tipo de experiencias<sup>50</sup> pues en tanto que, como dice Jean Amery, “quien padeció la tortura, no volverá a sentirse nunca más acogido en este mundo”, a través de la “socialización” de las angustiosas vivencias se buscaba superar la vergüenza y el aislamiento en que suelen caer las víctimas de la tortura, tanto como, al hacer explícito el horror, disminuir la angustia premonitora en el caso de ser detenido<sup>51</sup>.

### *c) La intronización de los medios de comunicación masiva*

Una de las primeras medidas en el curso de un golpe militar consistía en la intronización voluntaria o exigida de los medios de comunicación de masas, con el fin de influir en la información pública en términos coercitivos y disciplinarios<sup>52</sup>.

Esta manipulación de la opinión pública pudo resultar un poco burda, como en el caso de Chile inmediatamente después del golpe militar cuando se procedió a recortar los pantalones “masculinos” de las mujeres sobre las rodillas, así como el cabello largo “femenino” de los jóvenes varones a la altura de la nuca. Lo que en su ocasión fue comentado en términos jocosos por los periódicos vicarios de la dictadura recién implantada.

Sin embargo, esta manipulación puede ser desarrollada también de una forma muy perspicaz, como fue en la Argentina entre 1976 y 1983, donde los medios de comunicación fueron intronizados para reforzar los efectos represivos sobre los familiares de víctimas de la táctica de desaparición de personas a través de la difusión continua y sistemática de ciertos anuncios y slogans<sup>53</sup>. Los textos de agresiva y continua difusión que se encontraban en los medios de comunicación masivos insinuaban lo siguiente:

a) que se guardara silencio acerca del “desaparecido” como si se tratara de algo deshonesto para la familia y el círculo de amigos;

b) que los padres de familia reflexionaran continuamente acerca de la responsabilidad que les cabía en el comportamiento de sus hijos ya mayores para inducir a la convicción de que la desaparición de éstos radicaría en la mala educa-



ción recibida. Este ítem se sugería mediante ciertas preguntas: “¿Cómo educó Ud. a sus hijos?” “¿Sabe Ud. lo que su hijo está haciendo en estos momentos?”

c) que se tomara una decisión colectiva lo antes posible en el sentido de olvidar al desaparecido o darlo por muerto, insinuando que éste había abandonado voluntariamente a su familia y a sus amigos. Por ejemplo, yéndose al extranjero y que, por esta actitud “irresponsable”, debía ser castigado con la indiferencia y el olvido;

d) que el “desaparecimiento” se considerara como una prueba de la culpabilidad del afectado, haciendo que recayera sobre él la responsabilidad del suceso, para lo cual se usaban giros idiomáticos indirectos: “Algo tendrá que haber hecho”, “quién sabe en qué andaría”, etc.;

e) que la disidencia política se considerase como una forma de perturbación psíquica, bajo el supuesto de que “lo normal” –ergo, la salud mental– consiste en aceptar la realidad social tal como es, esto es, aceptar los mecanismos de dominación autoritaria y de injusticia social y adaptarse pasivamente a ellos. La no aceptación del status quo sería una prueba evidente de que los afectados eran personas inmaduras.

Los aspectos aquí expuestos fueron desarrollados a través de una acuciosa campaña de propaganda que utilizaba todos los métodos modernos de la publicidad, tales como los mensajes breves en radio y televisión, giros idiomáticos indirectos, carteles callejeros, etc. De este modo, esta forma de intromisión sistemática de los medios de comunicación social cobra visos ejemplares en la Argentina. A través de esta gestión publicitaria se logró crear un clima de profunda inseguridad. Con ella se propendía a que los familiares y los amigos de los desaparecidos y, en general, la mayoría de la población se convenciera de una cierta culpabilidad latente y de la propia impotencia individual y adoptara un comportamiento de adaptación subordinada al estado de fuerza; en fin, hacia la consecución del “hombre necesario” al terrorismo de estado<sup>54</sup>.

Sobre los efectos concretos de esta manipulación coordinada de parámetros de información cotidiana, A. Graham-Yoll nos relata un caso:

“Una pareja de edad madura hizo jurar a sus hijos que guardarían el secreto sobre la ‘desaparición’ del hermano mayor. Una vez por mes los padres se escribían una carta, en papel azul, contando las novedades de un hijo mayor que escribía desde España. Hacían circular la carta entre las tías pues no soportarían la vergüenza que significaría para toda la familia que se supiera que uno de los sobrinos había sido secuestrado por las fuerzas de seguridad bajo sospecha de ser integrante de una célula de la guerrilla”<sup>55</sup>.

J. Puget nos introduce en términos generales con gran claridad a la atmósfera cultural y psicosocial de la Argentina de entonces:

“Intentando hacer una breve descripción del contexto social argentino, des-



tacaremos que la dictadura se ocupó activamente de *producir ignorancia, crear falsas expectativas, reducir al silencio todo pensamiento contrario al régimen, utilizar el miedo y el pánico como instrumento, transformar la información en desinformación o información perversa*, utilizando predominantemente los mensajes paradójales. Desapareció poco a poco del lenguaje corriente cierto lenguaje. El lenguaje del Poder hablaba de la protección de las familias, de la creación de un nuevo orden (recordemos a Hitler), habiendo creado un sistema de impunidad según el cual el crimen, la tortura, la mentira, la anulación de los Derechos Humanos eran 'permitidos' para recuperar la 'seguridad nacional'<sup>56</sup> (texto en cursivas y entre comillas en el original. H.R.).

Los efectos psicosociales perdurables de esta propaganda coercitiva han comenzado a ser estudiados en la época post-dictadura en la Argentina<sup>57</sup>.

#### *d) El exilio o desplazamiento forzado de grupos sociales y políticos*

El ostracismo, explícito o latente, es una medida de coerción existencial con un largo arraigo en la vida política de América Latina. Si bien hasta la primera mitad del siglo XX afectaba en términos individuales a líderes políticos e intelectuales por un período mayor o menor de tiempo; se convierte desde el inicio de la "Guerra fría" y los consiguientes golpes de fuerza en América Latina (Guatemala; República Dominicana y Cuba en los cincuenta) en un fenómeno masivo que conmociona profundamente las sociedades respectivas<sup>58</sup>.

La masividad de este acontecimiento para los tres países del estudio se hace expresa en la forzada emigración de un diez por ciento (10 %) en promedio de la población para cada país<sup>59</sup>.

Desde la perspectiva de los países anfitriones se consideraban en 1983 cuatro categorías para la población en virtual tránsito:

"a) Refugiado: corresponde a toda persona reconocida como víctima de una persecución o conflicto civil. Vietnam, Afganistán, Etiopía, Uganda, El Salvador, Irán, Chile, Nicaragua, Argentina, Brasil y Uruguay son algunos países que presentan expulsiones de este tipo.

b) Migrante: es aquel que sale de su país por razones económicas. Por lo general se le considera como mano de obra no calificada y su presencia en el país puede ser legal, ilegal o indocumentada.

c) Solicitante de asilo: su estatus se encuentra en investigación y aún no se determina su calidad migratoria. El gobierno le da garantías para permanecer en el país solicitado, pero en el caso de que no se le reconozca alguna categoría deberá salir de él, a menos que apele por vía legal. Cuba, Chile, Argentina, Guatemala y El Salvador figuran en este inciso.

d) Refugiado por seguridad: en este grupo se encuentran las personas que

tienen que desplazarse temporalmente por un desastre natural: erupción de un volcán, terremoto, huracán, inundación, etc.”<sup>60</sup>

La experiencia de desarraigo y de confrontación con un nuevo medio ambiente, definida en el lenguaje popular como “destierro” y “destiempo”, es decir “desquicio” de lugar y tiempo, significa para los afectados directos y sus familias un proceso de confrontación con otras formas de vivir y de pensar de profundas consecuencias<sup>61</sup>.

Para el exiliado mismo se abre un período de vida incierto, descrito por algunos como la figura simbólica de dos caras de Janus: dirigida simultáneamente a un pasado de añoranza y a un presente esquivo. Arrate manifiesta su experiencia personal:

“Diría que... en el exilio se acentúa la sensación ingrata de que son demasiadas las cosas que el tiempo se lleva. El destierro genera una suerte de agudo respeto por los recuerdos, una suerte de codicia por no perder las vivencias que se adquieren, porque dejarlas ir es como seguir indefinidamente perdiendo cosas que se aman...”<sup>62</sup>.

Y la psicóloga argentina M.L. Rovaletti complementa:

“Ante la dureza del presente, uno busca evadirse a través de la imaginación donde juegan no sólo los recuerdos con los que puede identificarse sino también elementos de la fantasía que le permiten alejarse de esa realidad. La patria deja su ubicación temporal y espacial concreta, deviene utópica, se desprende de su carácter real para entrar en el campo de la idealización”<sup>63</sup>.

Por su parte, para la familia del exiliado se genera por lo común una existencia a plazos, con una atención permanente a los acontecimientos en el país de origen, un “vivir sobre las maletas” que puede redundar en una cierta incapacidad para insertarse en la vida regular del país receptor y, por lo menos en los primeros tiempos, un vivir traspuesto en lo que se refiere a estudios y planes de trabajo regulares<sup>64</sup>. Los investigadores de CODEPU manifiestan acerca del proceso intrafamiliar:

“Con el transcurso de los años, la separación entre los proyectos de vida de los padres y de los hijos se profundiza. Los adultos conservan la memoria de un pasado distante pero propio; los niños y adolescentes han crecido integrándose a un modelo de sociedad diferente de un modo más o menos conflictivo, pero del cual se sienten parte. Chile es algo lejano, presente sólo por correspondencia, por las noticias y a lo mejor por la existencia de un familiar lejano. Han aprendido el nuevo idioma y no se diferencian mucho de otros jóvenes de su edad en el país en que se encuentran”<sup>65</sup>.

Está fuera de duda que el desplazamiento masivo de población dentro del

propio territorio (por ej. relegación) como hacia el exterior (por ej. expulsión) fue implementado en forma sistemática por los gobiernos militares. Se produjo de este modo una escisión en la experiencia social de los tres países, la relación de lo cotidiano quedó surcada por un cisma existencial, cuyos efectos para la convivencia y la gestación de la sociedad postdictatorial hasta ahora no han sido ni siquiera esbozados en cada uno de los tres países<sup>66</sup>.

En un mundo de tendencias globalizantes no sólo en cuanto al intercambio de mercaderías y servicios se hace evidente la necesidad de comprender los destinos de la migración en todas sus implicaciones para obtener de ella soluciones a viejas preguntas y a nuevos desafíos<sup>67</sup>.

#### 4. LA RELEVANCIA DEL MIEDO COMO AGENTE REPRESIVO

Durante casi veinte años, las organizaciones de derechos humanos han informado sobre la desatención y el abuso que tales derechos sufren en América del Sur. Se puso de manifiesto que la violación de los derechos humanos forma parte integral de la guerra psicológica que los ejércitos locales desataron frente a sus propias poblaciones, a fin de impedir reformas sociales y tratar de imponer una mentalidad de cuartel en las mayorías disidentes.

En una investigación realizada en 1988/9 aún durante el gobierno militar, sobre el miedo en la sociedad chilena, E. Lira y M.I. Castillo hacen las siguientes observaciones:

“... En los grupos de estudio estas amenazas aparecieron registradas como miedos específicos... La amenaza política es percibida por los sujetos del estudio como amenaza de muerte real, de aniquilación y como una amenaza al proceso de consolidación o mantención de su identidad. Se desarrolla una percepción social de desconfianza básica, desamparo, pérdida de autonomía o desesperación, apareciendo en los contenidos de los miedos generados por la amenaza política... La represión política al introducir la muerte como sanción posible, modificó las reglas sociales previas, la representación colectiva sobre la política y la permanencia de las reglas, las leyes, como pautas referenciales. En este sentido implicó reformular los códigos de interpretación de la realidad y de las representaciones, alterando la confianza básica de los sujetos en la realidad y en sus propias percepciones acerca de ella... El clima de terror que atravesó las relaciones sociales, es consistente con la percepción de desamparo de los sujetos del estudio frente a una autoridad percibida como omnipotente, cruel y sádica... El silencio caracterizó un largo periodo de la vida social. Nadie mencionaba lo que estaba sucediendo, porque hacerlo estaba prohibido...”<sup>68</sup>



Rozitchner hace referencia a la psicopatología implícita en la violencia organizada:

“El terror y la represión ampliaron el límite restringido a lo individual, rompiendo la separación entre fantasía y realidad, entre enfermedad y salud. Lo que los psicóticos alucinaban, sus terrores y amenazas destructivas que les hacían vivir en la angustia continua y en el pavor, se vieron confirmados como ciertos y realmente existentes en las torturas, las violaciones y los asesinatos. Las construcciones complejas y surrealistas de los psicóticos, todo lo que la imaginación individual aterrorizada fabulaba como persecución, agresión y despedazamiento, desarticulación e intrusión, profanación, violación, espionaje, conminaciones imperativas, repetición obsesiva de un tiempo vivido como infinito en su continuidad inacabada, todo esto apareció confirmado en la realidad histórica e institucionalizada del terror y sus laboratorios de horror. Ya no había diferencia ente lo fabulado y lo real: la realidad histórica misma lo confirmaba como cierto”<sup>69</sup>.

J. Vergara compara en resumen:

“A diferencia de la estrategia nazi, que buscaba disolver los grupos tradicionales para reconstruir la sociedad en base a nuevos grupos; el autoritarismo chileno consiguió durante una década, aproximadamente, fragmentar y atomizar la sociedad, destruyendo o debilitando los grupos y organizaciones tradicionales de los sectores subordinados”<sup>70</sup>.

### *Efectos de la violencia organizada en la población*

La violencia organizada constituye un método sistemático de presión y agresión existencial sobre la propia población. Su implementación en el área psicológica y social está documentada a través de la publicación reciente (en 1996) de los manuales del Pentágono y de la CIA<sup>71</sup>.

La investigación acerca de los daños provocados por la violencia organizada semeja una labor de Sísifo, a ello se conjuga tanto una cierta apatía en el trato social como una manida falta de recursos para profundizar en su conocimiento.

La Comisión de Investigación Psicoanalítica de la Asociación Psicoanalítica Argentina llega a las siguientes conclusiones en su comunicación preliminar acerca de los efectos del terrorismo de estado en la Argentina:

“La realidad nos muestra que en una sociedad que emerge de un período de represión política están presentes las secuelas que dejan la existencia de desaparecidos, de asesinados, de torturados, de exiliados que se separan definitivamente

de sus familias y también la existencia de quienes fueron los instigadores y los ejecutores del aparato represivo, que siguen viviendo en el país<sup>72</sup>.

Los efectos psicosociales de la violencia organizada en los individuos y pequeños grupos pueden ser constatados mediante la documentación de las experiencias de los que han participado directa o indirectamente como víctimas de ella. El significado social global de la intervención militar en la vida social no se puede estimar aún en sus múltiples implicaciones<sup>73</sup>.

En algunas personas se apreció por largo tiempo una especie de percepción desdoblada (en posible y prohibido) y un buen comportamiento formal a prueba de malos entendidos, lo que se interpretó como un alto grado de interiorización de los mensajes recibidos, en tanto que otras parecían afectadas por un alto grado de inseguridad en cuanto a normas y líneas de conducta, como si tuvieran que reestructurar permanentemente su percepción del medio social circundante<sup>74</sup>.

### *EXCURSO: Consecuencias del miedo en la vida cotidiana*

En las últimas dos décadas, la mayoría de la población de Argentina, Chile y Uruguay experimentó los efectos de la violencia organizada mediante la que se perseguía paralizar y desactivar la organización social y cultural de individuos y grupos, real o potencialmente, opositores.

Para crear experiencias de terror en todas las áreas de la vida cotidiana, se gestaron intencionalmente situaciones físicas y psíquicas límite. De esta forma, debía ahogarse en germen toda expresión de descontento u oposición activa y de resistencia frente a lo que se interpretara como injusto, es decir, liquidar las bases conductuales de la cultura democrática y crear la impresión de una amenaza total. El "hacerse el muerto" debía ser interiorizado como un reflejo automático para aquellos que discordaran con el régimen militar.

Bajo estas condiciones, muchas personas se vieron forzadas a pasar inadvertidos en una inefable táctica de sobrevivencia, como una forma consecuente de reaccionar ante la eventual aniquilación, ya que en cualquier momento podían efectivamente llegar a ser "desaparecidos", torturados o asesinados. La estrategia ideológica del terrorismo de Estado no sólo se expresó en el uso y abuso del poder del aparato del Estado, sino implicó también el propósito de introyección psíquica: ella buscaba trascender abiertamente los límites de la obediencia formal y, mediante sofisticadas técnicas de influencia<sup>75</sup>, penetrar en la conciencia de cada miembro de la sociedad como una instancia de poder psíquico para crear una sutil complicidad ("no ver nada, no oír nada, no decir nada sobre un secreto que a todos incumbe").

En general, el hecho verse envuelto en un acontecimiento represivo, sea di-

rectamente o como pariente o amigo de un torturado o “desaparecido”, desencadenó a menudo en los afectados un cuadro psicológico característico que algunos psicólogos chilenos han caracterizado con los siguientes atributos:

*“Sensación de vulnerabilidad:* Frente a la situación de amenaza vital surge la percepción de debilidad personal. La persona se reconoce ‘identificada’, ‘perseguida’; su ámbito de vida personal pierde la posibilidad de privacidad e intimidad. Pasa a ser un sujeto susceptible de arbitrariedades que escapan a su control.

*Estado de alerta:* Se produce exacerbación de los sentidos sin posibilidades de descanso frente a la inminencia del peligro y la amenaza vital que éste le significa. Puede expresarse en diversas sintomatologías.

*Impotencia individual:* Se refiere al conocimiento de que los recursos propios, la propia fuerza, es inútil para enfrentar las adversidades. El sujeto siente que no tiene control sobre su propia vida y que nos están en sus manos las decisiones acerca de su propio futuro. El desamparo ante la violencia, la sensación de vulnerabilidad, la inermidad, son expresiones de dicha impotencia.

*Alteración del sentido de la realidad:* Al ser uno de los objetivos del amedrentamiento el impedir toda acción, despojando por la fuerza a las personas de sus actos, se atenta contra el mecanismo psicológico de prueba de la realidad. La imposibilidad de verificar en la práctica lo subjetivo tiende a disolver los límites entre lo real y lo posible y lo fantaseado y lo imaginario. La realidad pasa a ser un todo confuso y amenazante sin límites claros, perdiendo su rol orientador de los procesos subjetivos”<sup>76</sup>.

E. Giberti describe con breves palabras los avatares de vivir bajo un estado de excepción permanente:

“Durante los años de la dictadura, cuidarse para no caer preso resultaba inútil; se podían ensayar estratagemas ingenuas como cambiarse de casa o no hablar de ciertos temas, pero todo dependía de quien tenía el poder en sus manos. Había que huir del país o apechugar a lo que viniera. No cabían lecturas psicopatológicas o interpretativas que sólo cubrían una parte de la realidad: la psíquica. En cambio correspondía recurrir a lecturas políticas cuando se trataba de tomar decisiones acerca de nosotros mismos o de algunos consultantes o pacientes... Si el criterio de realidad anunciaba que ‘había peligros’ era porque algo estaba ocurriendo; a algunos ese criterio les servía para ‘no meterse’ o ‘no querer saber’, pero resultaba complejo mantener el desconocimiento de ese algo...”<sup>77</sup>.

Caetano y Rilla dan algunos puntos de referencia sobre los efectos del terrorismo de estado en la vida cotidiana de Uruguay:

“La lógica de la represión supone además que el represor nunca devela



acabadamente el objeto de sus furias. El ciudadano, cual súbdito, vive entonces en el temor de lo ilícito y en los bordes de la transgresión: su única salida es la proscripción de la política, aún en el marco mínimo de su reproducción como es la familia. No era difícil advertir que la sociedad uruguaya había expulsado a la política hasta de las fiestas familiares. Más que un tema prohibido parecía un tabú, es decir un tema ni siquiera pensable...

Los medios de comunicación, en tanto, acompañaron el proceso represivo desde el silencio que les fue impuesto y que algunos aceptaron sin mayores violencias... Y entre la represión y el ocultamiento, la dictadura se vio naturalmente ambientada por el juego del rumor y de lo subterráneo: se leía la entrelínea, se exprimían los textos, se buscaban hechos e inflexiones desde intenciones dispersas,... La dictadura tuvo así una historia paralela, tejida con los rumores emergentes del terror y del bloqueo informativo...

Los centros de enseñanza, en medio del deterioro general del sistema educativo (matrícula, deserción, indigencia presupuestal, 'purga' de los cuadros docentes y administrativos), incorporaron a su vida cotidiana las pautas de la sociedad autoritaria a la que debieron servir. Con todo, es probable que la escuela y el liceo, a pesar de ordenanzas y reglamentos obsesivamente casuísticos, no lograron transferir a los niños y jóvenes místicas militaristas ni fervores prodictatoriales<sup>78</sup>.

H. Faúndez define desde una perspectiva fenomenológica algunas situaciones de la comunicación intrafamiliar bajo la atmósfera de un miedo ubicuo:

“La circulación del miedo dentro de un grupo familiar está también marcada por la negación, el fingimiento y el ocultamiento. Más evidente que en otros contextos comunicacionales, los fenómenos del miedo van ligados aquí a los procesos de la culpa, la hostilidad y los deseos de protección mutuas. La intensidad y naturaleza propias de la interacción intrafamiliar hacen imposible que el fingimiento y el ocultamiento pasen desapercibidos. El vivir en el “como sí” (no hubiese miedo ni dolores) deviene en que la regla comunicacional básica sea la de “el secreto compartido”, fenómeno en el que uno o alguno de los miembros jugará el rol de delegado de la angustia grupal, o de chivo expiatorio, o de “víctima - débil”, o de “solucionador - imbatible”. Y otras funciones que tienden a mantener disfuncionalmente la cohesión y sobrevivencia de la familia. En cualquiera de los casos (y sus variantes y sumaciones), aparecerán fenómenos de rigidez y la inevitable tendencia a la homeostasis.

Hemos asistido a familias en las que uno de sus miembros (generalmente un progenitor) rompe el “secreto compartido” al no soportar más la mala conciencia de sus propios fingimientos. Cogido por esta culpa, hace un acto de coraje y declara sus miedos. En una tentativa de alivio a sus autorreproches y debilidades hace además una expiación ante sus íntimos: se declara “cobarde”. Con esto pretende

poner fin a la cuestión, tomando sobre sí las culpas propias y las de los demás, queriendo así proteger a la familia.

Pero acontece que estos actos no siempre consiguen el alivio de las culpas, ni mucho menos el fin de los temores. El sujeto está atrapado y puede llegar a reprocharse el ser doblemente "cobarde": uno, por no haber hecho algo en consonancia a sus principios, y dos, por no admitir la verdadera historia y determinantes de sus miedos y culpas, cual es la de estar sumido en la indignidad y la impotencia, en que el poder lo ha puesto. Pasa entonces a rabiar. A los miedos y a las culpas se agrega la hostilidad. Rabiará contra el poder, sus símbolos y representantes, pero es común que sean también los miembros de su propia familia quienes sufran la irritación de un sujeto humillado, medroso y culposo.

Las motivaciones de mutua protección intrafamiliar que decorren junto a la riesgosa voluntad de ser consecuentes con las convicciones, ha llevado a algunos miembros de estas familias a consignas interaccionales muy patológicas<sup>79</sup>.

Es en este contexto patogenizante que la actitud psicoterapéutica desarrollada por los equipos de apoyo, en su gran mayoría organizaciones no gubernamentales (ONG), bajo la égida del terror en Chile cobra importancia particular. Ante el miedo o la angustia inducidos por la violencia organizada, se definió la posición siguiente:

"El miedo, fenómeno subjetivo, inicialmente privado, ha llegado a transformarse en una experiencia psicosocial masiva y perceptible que afecta a miles de personas simultáneamente en nuestra sociedad, configurando un elemento central que cruza la vida cotidiana y la interacción social en el Chile de hoy..

Queremos puntualizar con mucha claridad que el objetivo terapéutico del tratamiento de familias con miedo, no es superar el miedo. Superarlo equivaldría a negarlo, y por lo tanto a perpetuar sus efectos destructivos sobre la familia y la sociedad.

Más bien, el objetivo principal de la psicoterapia es el enfrentamiento del miedo para integrarlo de manera sana y dialéctica con todas sus implicaciones y contradicciones". Ya que "corresponde a la psicología profundizar en el análisis individual y colectivo, asumiendo que el miedo puede llegar a constituir una poderosa motivación de la conducta social en relación a la participación y a la responsabilidad social y política, ya que se hace necesario, develar su impacto y contrarrestar sus efectos en la perspectiva de acceder a una sociedad democrática y participativa"<sup>80</sup>.

La magnitud y el significado de los efectos del terrorismo de estado, tanto en el ámbito personal como en el profesional del trato terapéutico con las víctimas, fueron tempranamente tematizados y dieron lugar a una discusión crítica más allá



de las fronteras nacionales. Lo mismo ocurrió para el área de la salud psicosocial, por lo cual hoy es posible disponer de una amplia base de información tanto de las repercusiones del terror sobre los directamente afectados, como también, sobre quienes proporcionaron asistencia médico-terapéutica a sus víctimas<sup>81</sup>.

Pese a su pertinaz implementación represiva a través de su táctica destinada a provocar una actitud de sometimiento y adaptación pasiva en la población, el aparato militar no llegó a hegemonizar las conciencias. Tales "regímenes de fuerza" no lograron crear climas de aceptación incondicional en ninguna parte ni tampoco consolidar ideológicamente a sus virtuales epígonos<sup>82</sup>.

Por el contrario, la praxis de la violencia organizada fue creando la base para una forma de resistencia psicosocial que buscó las más variadas formas de expresión pública para dar a conocer en todos sus detalles la represión sistemática que se sufría<sup>83</sup>. En la historia reciente de esos países de América del Sur se observa regularmente una cierta simultaneidad en los procesos de destrucción coercitiva desde el poder estatal y de reparación cultural y psicosocial desde la base<sup>84</sup>.

En nuestra opinión, esta forma de praxis psicosocial no sólo tuvo una importancia significativa para los pacientes y psicoterapeutas implicados directamente en ella<sup>85</sup>. La confrontación con la violencia organizada y la maduración de las experiencias sociales de los últimos veinte años es una labor social y política que debe continuarse con el concurso de todas las fuerzas sociales, acentuando el carácter preventivo del conocimiento específico del miedo y sus efectos sobre la sociedad, de modo que el "nunca más" cobre cuerpo social y se transforme en una realidad histórica<sup>86</sup>.

Más adelante en este estudio podremos ver que los médicos jugaron un rol de gran importancia en esas situaciones. Algunos de ellos fueron especialmente perseguidos por el aparato represivo, en virtud a su actitud de compromiso en sociedades conocidas por sus profundas contradicciones sociales; mientras otros, utilizando su capacidad profesional, llegaron a participar activamente en la formación y desarrollo del modelo totalitario de dominación.

## 5. DERECHOS HUMANOS Y JUSTICIA EN LA ETAPA POSTDICTATORIAL

La consideración explícita de los daños provocados en el área de los derechos humanos constituyó una característica fundamental de la vuelta al sistema parlamentario en los tres países.

Siendo ya evidente que durante cada dictadura militar en sí hubo una acción coordinada contra los derechos humanos, deseamos mantenernos aquí dentro de una línea de análisis de lo que, en el área legislativa, ha sido la relación substancial



entre derechos humanos y vuelta a la democracia sin entrar a dirimir cifras de afectados por la represión en cada una de sus manifestaciones.

En Argentina, donde el carisma del ex-jefe de estado Perón ha tenido un fuerte arraigo y su partido justicialista cuenta tradicionalmente con una fuerte posición, el triunfo electoral de Alfonsín en las primeras elecciones postdictadura fue sorprendente. Su elección ha sido atribuida a su opción por los derechos humanos que él elevó como punto clave en la reconstitución de la sociedad argentina<sup>87</sup> y que constituyó una parte substancial de los primeros tiempos de su presidencia<sup>88</sup>.

A iniciativa del presidente Alfonsín se creó en 1984 la "Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas" (CONADEP), entidad destinada a investigar los delitos cometidos por los gobiernos militares entre 1976 y 1983. El resultado de las labores de esta comisión fue documentado en una obra cuyo nombre ha adquirido connotación mundial: "Nunca más", al cual a menudo nos referimos en este estudio. Además, se realizó un juicio público a los generales responsables de la maquinaria del terror a consecuencia del cual dictaron fuertes condenas. Sin embargo, más allá del efecto esclarecedor de las condiciones en que ocurrieron las múltiples trasgresiones a los derechos humanos, no ha habido una gestión consecuente para sancionar a los responsables de delitos de lesa humanidad, por el contrario, el poder civil ha transigido frente a la reiterada amenaza de las fuerzas armadas, expresada en múltiples conatos de intervención militar, y se han promulgado leyes de exculpación progresiva tales como la de "punto final" y "de obediencia debida", que culminaron para la Navidad de 1989 en el indulto presidencial hacia los generales en prisión<sup>89</sup>.

Para Uruguay los historiadores Caetano y Rilla caracterizan la muerte del Dr. Roslik, médico del pueblo de San Javier, ocurrida en abril de 1984 en dependencias del Ejército a causa de la tortura, como un momento clave en el proceso de deterioro del poder represivo de los militares. Estos centraron todos sus esfuerzos en "negar las causales verdaderas de la muerte y evitar la difusión del episodio". Los autores manifiestan que "la muerte del Dr. Roslik se producía en un momento verdaderamente culminante, cuando la dictadura no podía ya neutralizar impunemente los efectos de un episodio de esas características"<sup>90</sup>.

En ese país ya en 1985 se liberó a los presos políticos y se empezaron a gestar condiciones para su reinserción en la sociedad. En la Navidad de 1986 se aprobó en el Parlamento una proposición presidencial intitulada "Ley de caducidad de la intención punitiva del Estado", la que no sólo decretaba la impunidad de los militares frente a acciones motivadas políticamente durante la dictadura, sino que además garantizaba la mantención de la jerarquía interna frente a cualquier intromisión del gobierno civil. Como una forma de compensación interna, en esa ley se rehabilitaba también a los oficiales desafortunados por la Junta Militar debido a su lealtad a la anterior Constitución democrática.

Esta gestión legislativa provocó un gran descontento en la sociedad civil, el que culminó con un referendo acerca de esa ley de impunidad de los delitos contra los derechos humanos, de conocimiento general en la sociedad uruguaya. Tras la clara derrota sufrida en referendo por los opositores a la ley de amnistía, se ha perfilado una situación que R. Huhle describe en términos enfáticos:

“Ya no hay en Uruguay posibilidad jurídica alguna de citar a juicio a los responsables de los crímenes contra los derechos humanos durante la dictadura. Incluso aquellos militares que están consignados con nombre y apellido como torturadores permanecen sin mayores problemas en la carrera militar...”<sup>91</sup>.

Aunque la impunidad como cuerpo legal parece irreversible, eso no obsta para que algunos juristas uruguayos realicen actividades tendientes a la aprobación de una ley sobre “Delitos de Lesa Humanidad”, en la cual se especifican en detalle los crímenes que pertenecen a esta rúbrica y, en base a las convenciones internacionales que Uruguay también ha suscrito, se estipulan responsabilidades y formas de sanción penal para los trasgresores<sup>92</sup>.

En Chile se constituyó la Concertación para la Democracia entre las fuerzas de oposición a la dictadura. Ella fue concebida como una vía para aglutinar fuerzas no sólo como oposición al gobierno militar, sino también como frente político para gobernar y permitir la transición a formas de vida democrática luego de las ingentes agresiones a los derechos humanos durante la dictadura militar<sup>93</sup>. Tras su triunfo en las elecciones presidenciales, la Concertación pudo iniciar sus labores de gobierno en 1990.

En marzo de 1991 se presentó en Santiago de Chile el Informe de la Comisión de Verdad y Reconciliación, el que debía:

“contribuir al esclarecimiento global de la verdad sobre las más graves violaciones a los derechos humanos cometidas en los últimos años, sea en el país o en el extranjero, si estas últimas tiene relación con el Estado de Chile o con la vida política nacional... Para estos efectos, se entenderá por graves violaciones las situaciones de detenidos desaparecidos, ejecutados y torturados con resultado de muerte, en que *aparezca comprometida la responsabilidad moral del Estado por actos de sus agentes o de personas a su servicio, como asimismo los secuestrados y atentados contra la vida de personas cometidos por particulares bajo pretextos políticos*”<sup>94</sup> (en él se constata la responsabilidad directa del estado en actos de violencia organizada y se define como sancionable el crimen político, H.R.).

Debido a las condiciones dictadas por la Constitución de 1980, aprobada bajo la dictadura, y a que el poder organizativo y logístico del aparato militar -aún después de la exoneración democrática del dictador - se mantuvo incólume y capaz de



ejercer fuertes presiones contra cualquier proceso de enjuiciamiento de responsables, se habla aún hoy de un proceso de transición a la democracia.

Aquí nos vemos enfrentamos a un proceso muy reciente del cual no es posible sacar aún conclusiones hacia el futuro. Si bien es muy difícil crear condiciones para llevar a juicio regular a quienes cometieron trasgresiones contra los derechos humanos, no parece que haya condiciones para una ley de amnistía global; incluso existen diversas gestiones en curso para anular la ley de autoamnistía decretada por el gobierno militar en 1978.

En dos de los tres países de este estudio apreciamos una erosión de “la intención punitiva del Estado”, la que ha culminado en sendas leyes de amnistía para los actos delictivos cometidos en la época dictatorial. Más allá de las condiciones de “pragmatismo político” (*Realpolitik*) presentes en cada contexto, concordamos con la opinión de R. Huhle en la caracterización de la amnistía:

“Ella confiere también legitimidad a los amnistiados. La amnistía no se relaciona, a diferencia del indulto, a personas determinadas sino que a hechos en sí... La amnistía hace explícito que los hechos amnistiados no son fundamentalmente ilegítimos, sino que pueden ser considerados por lo menos como una forma de actuar virtualmente aceptable. Ella no significa sólo liberación de castigo, sino que también la rehabilitación moral de los beneficiados. Precisamente esa posición no puede ser adoptada por una democracia de derecho frente a crímenes de lesa humanidad... Pues incluso el vencimiento temporal de sanción para crímenes de lesa humanidad está vetado por la Convención Internacional de 1968...”<sup>95</sup> (Y que todos estos estados soberanos han ratificado en su oportunidad, H.R.).

Es difícil dar apreciaciones globales acerca del impacto social y cultural de los gobiernos dictatoriales en los tres países. Este análisis debe, por razones conceptuales, circunscribirse al periodo inmediatamente ulterior a las dictaduras.

## 6. LA DIMENSIÓN DE LOS CONTEMPORÁNEOS EN AUSENCIA

El procesamiento social de la égida militar ha cobrado en cada uno de los tres países diversas connotaciones en su abordaje y desarrollado estrategias diferentes para inducir soluciones a los profundos conflictos arriba descritos.

De lo observado en el proceso de reestructuración legislativa tras la vuelta a la democracia representativa en cada uno de esos países podemos manifestar que hasta ahora no han surgido ni el respeto irrestricto a los derechos humanos como tampoco un “Nunca más” en tanto parte substancial de la conciencia cívica y como producto directo de la experiencia vital bajo el terror. La coerción tácita a un silen-



cio temeroso o cómplice, engendro de la violencia organizada, mantiene al parecer un grado sintomático de influencia al interior de las tres sociedades.

Paralelamente se hace evidente que no existe una solución de fuerza para enfrentar el deterioro de los derechos humanos durante el periodo militar y en su fase ulterior inmediata. Se configuran verdaderos laberintos en la identidad nacional de los tres países en tanto que el trato de la época del terror aún está preñada de presuntos peligros y admoniciones más o menos latentes.

Sin embargo existe un común denominador para las tres sociedades en sus labores respectivas de maduración y reestabilización, que se manifiesta por ej. en múltiples gestiones por reactivar los trazos del recuerdo en torno a los desaparecidos y a las víctimas que aún no han encontrado una forma de reconocimiento social y cultural. A. Cavallo aborda la presencia tácita de las víctimas en la vida cotidiana en un editorial tras el descubrimiento de tumbas clandestinas:

“Se sabía que iba a ser un proceso doloroso. Para los familiares de las víctimas, ha significado revivir la pesadilla de los momentos más sombríos. Cada nuevo hallazgo de tumbas clandestinas, cada osamenta rastreada, activa de nuevo la contradoria cadena de esperanzas y terrores con que esta gente ha vivido años. En uno de sus más desoladores episodios recientes, una familia logró enterrar a su insepulto jefe de hogar con la dignidad y valor que se requería para ello; días después de consumado el funeral —un acto triste para el cual debió esperar 17 años y deambular sin rumbo por centenares de oficinas— aparecieron más restos de la víctima. Para estas familias, la muerte no ha sido el hecho irreversible que es para el común de los chilenos; ha sido, está siendo, una muerte múltiple, inacabable, fragmentaria, no solo misteriosa, no solo incomprensible: sobre todo, interminable” (Editorial de “La Epoca”, 26-8-1990, Santiago).

Si bien es perceptible una pugna contra fuertes tendencias autoritarias al interior de cada una de estas sociedades; también tiene efecto dilatado la siembra del miedo en todos los acápite desarrollados en este capítulo. Las sociedades de los tres países deben aún continuar su tránsito del duelo. Así se confirma substancialmente el juicio de H. Meyer “Existe una maravillosa virtud curativa de la naturaleza, pero no hay virtud curativa alguna de la historia”<sup>96</sup>.

Confiamos en que trabajos como éste puedan contribuir en el lector a una mayor comprensión de los efectos psicosociales del terrorismo de estado y promover en términos específicos una mente y un corazón bien informados -declinado de Flaubert- frente a la historia reciente. Creemos que una actitud ciudadana de responsabilidad crítica es indispensable para fomentar iniciativas que permitan la superación activa del daño psíquico y social provocado por las dictaduras.

1. Ver: G. Bachelard (1974): Epistemologie. Ausgewählte Texte. Francfort, p.171.
2. Los militares estuvieron en el gobierno en Argentina entre 1976-1983, Chile 1973-1989 y Uruguay 1973-1985. Si bien en Argentina ya antes hubo algunos militares que llegaron al poder tras derrocar a presidentes electos, el "proceso de renovación nacional", iniciado tras el derrocamiento del gobierno de Isabel Perón, es conceptualmente nuevo y comparable a los regímenes de Chile y Uruguay. Cifr. W.S. Heinz (1993): The Military, Torture and Human Rights: Experiences from Argentina, Brazil, Chile and Uruguay. In: R.D. Crelinsten & A.P. Schmid (editors): The politics of Pain. Torturers and their Msters. Den Haag p.73-108.
3. Aquí es necesario hacer referencia al Documento de Santa Fé como una síntesis conceptual de políticas de larga tradición para la defensa de la cultura occidental en el continente americano. En él se propone: a) "revitalizar el sistema de seguridad hemisférica, apoyando el Tratado Interamericano de Asistencia Recíproca T.I.A.R...." b) "estimular acuerdos de seguridad nacional que contribuirían a la seguridad, tanto hemisférica como regional, contra las amenazas internas o externas a la seguridad" y c) "reactivar como tercer elemento de nuestro sistema hemisférico de seguridad, nuestras tradicionales vinculaciones militares en el continente, ofreciendo entrenamiento militar y ayuda a las Fuerzas Armadas del continente americano, con un énfasis particular en los oficiales más jóvenes y en los suboficiales. Ofrecer ayuda técnica a todos los países de este hemisferio en su lucha contra el terrorismo independientemente del origen de este último..." Ver: G. Ortíz et al., "La Guerra total" Quito, 1983. Cit. por J. Parra en: "Doctrina de Seguridad Nacional" en CODESEDH/CODEPU (1987): Seminario Internacional. La tortura en América Latina. Buenos Aires.
4. Para explicar los hechos de entonces, se hace referencia a menudo a la teoría de los dos demonios: el demonio del terrorismo y el demonio de la represión y se plantea la situación histórica como una encrucijada trágica: cualquiera que hubiera sido la decisión, ella comportaba un alto grado de costo social. Sin embargo, en ninguno de los tres países parecen haber existido reales condiciones para una contraofensiva armada, de modo que las fuerzas armadas hubieron de utilizar su imponente poder de combate contra una población inerte e ir consecutivamente redefiniendo al enemigo.
5. Ver: Juan de la Rosa Ventura (1980): El "juego" de los derechos humanos. En: Revista Armas y Servicios del Ejército, N° 19, Santiago
6. Citado en: Madres de Plaza de Mayo (1987), 32,p.20.
7. Sobre la situación en Uruguay: "Un día antes del golpe, un grupo de empresarios e inversores extranjeros de Business International había mantenido una ,reunión de trabajo' con representantes de las FF.AA. (el gral. Gregorio Alvarez, el cap. de Navío Hugo Márquez y el cnel. Abdón Raimundez) planteándoles la necesidad de ,terminar con las huelgas, despolitizar a los obreros y privatizar el sector público'. G. Caetano y J. Rilla op. cit., p.17 (cursivas en el original).
8. Sobre el particular véase para Argentina: E.A. Isuani y H. Mercer (1988): La fragmentación institucional del sector salud: ¿pluralismo o irracionalidad?. Buenos Aires; para Chile: R. Sepúlveda (Ed.)(1991): La salud en Chile hoy, orígenes y perspectiva del



- problema. Cuadernos de Trabajo Médico N° 2. Santiago de Chile. y para Uruguay: E. Margolis (1984): Estudio del Sistema de Servicios de Salud. Financiamiento del Sector Salud. P.N.U.D. proyecto URU - 82-001/ OMS - OPS Proyecto URU 5101. Uruguay.
9. Véase Riquelme, H. (1990): Derechos humanos y Salud Psicosocial en América del Sur. En H. Riquelme (editor): Era de nieblas. Derechos humanos, terrorismo de estado y salud psicosocial en América Latina. Caracas: Nueva Sociedad, pp.31-42.
  10. Véase Watson, P. (1978): War on the Mind. The military Uses and Abuses of Psychology. New York. [(1982) Guerra, Persona y Destrucción. Usos militares de la psiquiatría y la psicología, p.56, 329-30]. También: Informe de la Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas (Sábato/CONADEP) (1984): Nunca más. Buenos Aires, pp.9-10.
  11. Ver: Informe de la Comisión Nacional sobre Desaparición de Personas [Sábato/CONADEP] (1984): Nunca Más, Buenos Aires, pp.9-10.
  12. Y añade: "La contrainsurgencia ... se practicó en varios países de Latinoamérica, con muy similares características y durante una época parecida, por los ejércitos y/o policías y/o servicios de seguridad locales, confirmándose de tal manera su origen común. Más todavía, entre las distintas contrainsurgencias existieron vínculos más fuertes que los usuales, e incluso organismos y operaciones comunes..." Informe de la Comisión de Verdad y Reconciliación ("Informe Rettig"). Santiago de Chile, La Nación, 5-III-1991, p.11.
  13. Cfr. R. Huhle (1991): Demokratisierung mit Menschenrechtsverbrechern? In: D. Nolte (Hrsg.): Lateinamerika im Umbruch? Wirtschaftliche und politische Wandlungsprozesse an der Wende von den 80er zu den 90er Jahren. Schriftenreihe des Instituts für Iberoamerika-Kunde Band 33, Hamburgo, pp.75-108.
  14. Véase la argumentación de la defensa en los juicios a médicos, acusados de delitos de lesa humanidad en Alemania y Japón, así como la obra de R.J. Lifton.
  15. G. Caetano y J. Rilla "Breve historia de la dictadura". Montevideo, 1991, p.26.
  - n. Informe Rettig, op. cit., p.12 (cursivas H.R.).
  16. Caetano y Rilla, op. cit., p.58.
  17. Informe Rettig, op. cit., p.12.
  18. Caetano y Rilla, op. cit., p.79.
  19. A. Rouquié (1984): El estado militar en América Latina. México, p.385
  20. Como un reflejo marginal pero representativo de esta ausencia de ideología propia, es destacable el afán febril entre militares de los tres países, jefes de estados respectivos, por condecorarse mutuamente aludiendo a valores patrióticos propios (G. Caetano y J. Rilla, op.cit, pp.28 y 55)
  21. Recordemos la cita que hace Karl Mannheim del ministro nazi de justicia: "Antes teníamos el hábito de decir ¿Qué es esto? ¿Justo o injusto? Hoy la pregunta tiene que formularse de esta forma ¿Qué es lo que diría nuestro Führer?" en Diagnosis of our time. London 1943, p.135, y veremos que una analogía directa de la época nazi con la situación estudiada de América del Sur es bastante limitada: acá la representación colectiva es de un estado autoritario que ejerce la violencia organizada sin tapujos y la figura mesiánica de un virtual Führer no existe o es de mínima importancia.
  22. Confrontados a la necesidad de cambios estructurales, se impone en estas sociedades una concepción tecnocrática, la que se aboca a la "modernización", considerada como



- imperiosa y manifiesta su desinterés en la participación de amplios estratos sociales. Comentario personal E. La Mura.
23. Deseamos también contribuir a los esfuerzos psicosociales emprendidos en estas sociedades contra el miedo, del cual dice Galeano: "El miedo seca la boca, moja las manos y mutila. El miedo de saber nos condena a la ignorancia; el miedo de hacer nos condena a la impotencia. La dictadura militar, miedo de escuchar, miedo de decir, nos convirtió en sordimudos. Ahora la democracia tiene miedo de recordar. Enfermos de amnesia, repetimos la historia en lugar de cambiarla. El miedo, miedo de vivir, miedo de ser, miedo de perder, es el más jodido de los hijos numerosos de la muerte". En Nueva Sociedad, N° 100, Caracas, p.197.
  24. Ver: P. Watson, op.cit., pp.357-367.
  25. Ver: W.L. Shirer (1990): *The Rise and Fall of the Third Reich/Aufstieg und Fall des Dritten Reiches*, Colonia, p.875.
  26. Ver: P. Watson, op. cit., p.357-367.
  27. Ver: Ulloa (1986): *Efectos psicológicos de la represión*. En: *Territorios*, N° 2: 8-10, Buenos Aires; también: E.Guinsberg: *Salud mental, paz y terrorismo de estado (ponencia escrita)*.
  28. Cfr. R. Kavanaugh: *Psychology of Death and Dying*, citado en AI [editor] (1982): *Nicht die Erde hat sie verschluckt - "Desaparecidos" - Opfer politischer Verfolgung*, p.177
  29. *Ibidem.*
  30. Ver: *Materiales del Seminario Internacional "Abuelas de Plaza de Mayo: Filiación - Identidad - Restitución. 15 años de lucha*. Buenos Aires 11-13 de Abril 1992.
  31. Ver: AI, op.cit., capítulo sobre los efectos psicológicos de la "desaparición" de personas.
  32. Cfr. L. Bonaparte: *Los militares en la Argentina y su método de tortura interminable*. En: *Testimonios sobre la represión y la tortura*, Núm. 6, Buenos Aires, 1984.
  33. Ver: AI, op.cit., p.118.
  34. Desde una perspectiva psicoanalítica, Ulloa define la situación de los familiares de los desaparecidos como trágica, en tanto que la soportan en forma privada, se debaten en un callejón sin salida, donde se mezclan, por un lado, sentimientos de duelo y de odio hacia el desaparecido, y por otro, sentimientos de impotencia y de identificación negativa hacia las autoridades (quienes pueden poner fin a los sufrimientos del desaparecido). "La tragedia paraliza... De ese círculo se puede salir mediante la ayuda de terceras personas... El drama provocado por la intervención de terceros restablece una vez más los componentes dinámicos del sufrimiento... Ese es el papel que juegan las organizaciones de los derechos humanos, donde a la vez que se desarrolla la solidaridad, se reflexiona y se aclaran los sentimientos y las acciones de los participantes". Ulloa, op.cit.
  35. Sobre este punto el libro "Terrorismo de estado: efectos psicológicos en los niños", plantea como tesis central que: "Es legítimo pensar que si estos niños, a través de cuyo comportamiento sintomático persiste la memoria incómoda del pasado horroroso del que fueron víctimas, no encuentran (al crecer) un cuerpo social que haya hecho verdad y justicia en los agentes y los sistemas que cometieron los crímenes, tendrán muy mermadas sus posibilidades de zafarse de su memoria sintomática y de acceder a una

- real elaboración. Como si la amenaza de una cristalización de la violencia sintomática los condena a la exhumación vigente de la tragedia de sus mayores. Esto no sólo acontecerá en su generación, sino, tal lo enseña la experiencia europea, en las generaciones que les continúan". Este libro es producto del trabajo conjunto de familiares de detenidos y desaparecidos por razones políticas y del Movimiento Solidario de Salud Mental y fue editado por Paidós, Buenos Aires, 1987. Además: F. Allodi (Comp.): *Canadian Studies on Latin America* / Toronto, 1977; y G. Maci; J.J. Fariña: Tesis analíticas sobre desapariciones forzadas de personas, tal como se presentan en la experiencia clínica institucional / ponencia en el Primer Encuentro de la Salud Mental y Derechos Humanos, Buenos Aires, septiembre, 1983.
36. Ver: P. Watson, op.cit.
  37. Acerca de un de las formas de la marina argentina para proceder a la 'desaparición' masiva de prisioneros véase la descripción directa y minuciosa realizada por el capitán de corbeta (R) Scilingo a H. Verbitsky en "El vuelo" (1995). Es destacable la participación explícita de médicos en la "anestesia" previa al arrojamiento de los cuerpos al mar, Scilingo cuenta: "...El médico les daba la segunda inyección y nada más, después se iba a la cabina..." Verbitsky pregunta "¿Por qué?" Scilingo responde: "Decían que por el juramento hipocrático..." (p. 61)
  38. Para la definición de tortura nos atenemos a lo manifestado por las Naciones Unidas en su Asamblea General del 10 de Diciembre de 1984: "...Se entenderá por el término 'tortura' todo acto por el cual se inflija intencionalmente a una persona dolores o sufrimientos graves ya sea físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero, información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que haya cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras. O por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas" (Cursivas H.R.)
  39. Cfr. ONU (9-XII-1975): Declaración sobre la Protección de Todas las Personas contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes. Ginebra. Resolución 3452 (XXX)
  40. Cfr. P. Watson, op.cit.
  41. Ver: AI: Las víctimas de la tortura... Un informe sobre la utilización de la tortura en los años 80 / Francfort del M., 1985; y Larsen, E.: En nombre de los derechos humanos / Munich, 1983.
  42. Ver: F. Fanon, F.: Los condenados de la tierra. México, FCE, 1963; en especial el capítulo V.
  43. Cfr. B. Bettelheim: Individual and Mass Behaviour in Extreme Situations. En: *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1943, Núm.38, p.417-52. Así como el capítulo sobre abusos en la medicina bajo el nazismo en este libro.
  44. Ver: J.Ph. Remmetsma (1991): "Wir sind alles für dich!" An Stelle einer Einleitung: Skizze eines Forschungsprogramms. En: J.Ph. Remmetsma [Hg.]: *Folter. Zur Analyse eines Herrschaftsmechanismus*, pp.7-24.



45. Ver: A. Graham-Yooll (1985): Retrato de un exilio, capítulo "Tomando té con el torturador.", pp203-208.
46. Cfr. J. Barudy; C. Vieytes: El dolor invisible de la tortura / Bruselas: Franja Ediciones, 1985.
47. Cfr. M.L. Castillo; R. Domínguez, R.; S. Salamovich: Efectos psicosociales de la represión política / fasci., ponencia presentada al Tercer Simposio sobre Alternativas de la Psiquiatría en América Latina, Buenos Aires, diciembre, 1986.
48. Larsen, op.cit. p.101.
49. Así, por ejemplo, los temas de estudio "Amedrentamiento colectivo", "Estudio sobre un grupo de prisioneras políticas que fueron torturadas" y "Una experiencia psicoterapéutica con presos políticos al interior de las cárceles". En: CODEPU: Tortura, documento de denuncia. Vols.V,VI y VII, de los semestres 1º y 2º de 1986 y del 1º de 1987, respectivamente, Santiago de Chile.
50. Larsen informa: " Las autoridades eclesiásticas publicaron 'Diez mandamientos para perseguidos políticos'. En ellos se les aconseja: en caso de ser capturados, gritar el nombre y lugar de trabajo; cómo valorar, a pesar de tener los ojos vendados, la ubicación y distancia del lugar al que eran conducidos; y se les exhortaba a vencer el temor de denunciar ante los tribunales las torturas que se les había inflingido y exigir un reconocimiento , médico..." , op.cit.p.66.
51. Cfr. M.L. Castillo et alt., op.cit.
52. Cfr. R. Arnt (1993): Die Rolle der Presse im uruguayischen Regimewechselprozeß. En: K. Bodemer; M. Licio; D. Nolte (Hrsg.): Uruguay zwischen Tradition und Wandel. Institut für Iberoamerika-Kunde. Schriftenreihe Band 36, pp.189-214.
53. Cfr. D. Kordon et al.: Efectos psicológicos de la represión política. Buenos Aires, 1986.
54. Ibidem.
55. Ver: A. Graham-Yooll, op.cit., p.186.
56. Ver: J. Puget (1988/91): "Violencia social y psicoanálisis. De lo ajeno estructurante a lo ajeno-ajenizante. En: J. Puget, R. Kaes: Violencia de estado y psicoanálisis. Paris, 1988/ Buenos Aires, 1991
57. Ver: L. Candia: La tortura, el torturador y la desaparición de personas / en: Territorios, Núm.4, p.29-32, Buenos Aires, 1986.
58. Una precognición de lo que significa esta experiencia existencial pudo tener efecto especialmente en América del Sur a través por ejemplo de las "colonias" de "rusos blancos", "republicanos españoles" y emigrados de Alemania nacionalsocialista: judíos, opositores y nazis prófugos; sin olvidar la presencia ya regular de emigrados de los países vecinos. Al respecto existe una ingente bibliografía, aunque no sistematizada.
59. No cabe aquí hacer una diferenciación acerca de la migración forzada por razones económicas y políticas, en tanto que ambos factores son parte del "cataclismo social" desde la perspectiva de los afectados.
60. En: Ford Foundation (1983): Refugees and Migrants: Problems and Programs Response. New York
61. Vease: Riquelme, H. Latinoamericanos en Europa. Experiencia de desarraigo y proceso de identidad psicocultural. En: Riquelme, H. [Ed.] (1990): Buscando América Latina. Identidad y participación psicosocial. Caracas,pp.69-86



62. En: Arrate, J. (1987): Exilio. Textos de denuncia y esperanza. Santiago, p.14
63. Véase: Roaletti, M.L. (1997): El exilio entre la identidad y la exclusión. En: Temas de Salud Mental. I, 1, p.27
64. Compárese: Castillo, M.I. y Piper, S., I (1996): Jóvenes y procesos migratorios: "Nosotros perdimos la patria, ¿quedará siempre esa ausencia?" Santiago.
65. Véase: CODEPU (1988): Exilio y retorno: Itinerario de un desafío. En: Tortura, documento de denuncia. Vol. IX, 1, pp.97-98.
66. El estudio sistemático de la *Terra ignota* de las migraciones provocadas por las dictaduras militares es un desafío para la sociedad y la cultura de los tres países.
67. V. Oertzen, E. (1999) describe las implicaciones de la migración en los siguientes términos: "Tanto para los migrantes como para los que permanecen en el lugar de origen se organiza el universo social como una comunidad, distribuida entre muchos lugares, distantes entre sí. También la biografía individual es plurilocal: la persona individual está conectada con muchos lugares económica, social, y culturalmente; en el curso de su vida puede tomar múltiples veces la decisión de traslado y de retorno. Una interpretación de esta índole va mucho más allá que la investigación en migración de los años cincuenta y sesenta, quien sólo podía considerar las consecuencias existenciales de la migración únicamente en conceptos de desarraigo y asimilación." En: Lateinamerika. Analysen und Berichte 23 "Migrationen" Editorial, p.13.
68. Ver: E. Lira; M.I. Castillo(1991): Psicología de la amenaza política y del miedo. Santiago de Chile, ILAS, pp.236-237. Estas investigadoras hacen además un alcance de lo positivo que en términos psicoculturales es el tratar públicamente el tema del miedo en la sociedad, en base a observaciones surgidas de su investigación: "Esta percepción que parece pertenecer exclusivamente al nivel subjetivo fue confirmada como un hecho de la realidad en las Encuestas de Opinión pública (en muestras que incluyeron el 98% de la población) del período del estudio. Estas registraron el impacto y la internalización de la amenaza y el miedo en la sociedad, y dieron cuenta de la percepción de un clima social de amenaza... Esta constatación reflejó una percepción social compartida, que posibilitó a su vez desarrollar una toma de consciencia e la amenaza y del miedo existente. Al objetivarlos y develar sus mecanismos disminuyó su impacto. Al reducir la ambigüedad en la percepción de la realidad se confirmó su existencia, lo que permitió estructurar y nominar esta realidad en términos objetivos y subjetivos, y actuar sobre ella" (p.238-239).
69. Ver: L. Rozitchner: Efectos psicosociales de la represión. Cit. en: E. Lira; M.I. Castillo, op.cit., p.29.
70. Ver: J. Vergara E. (1990): La cultura de la violencia en Chile. En: Nueva Sociedad, N° 105, p.178.
71. Véase Quiroga, J: Political Repression during the military dictatorship in Chile: 1973-1989. An epidemiological approach. Paper to "Seminar on Medical Ethics and Human Rights in Latina America. First World Conference. Ethics Code in Medicine and Biotechnologie. Friburg 1997,p.8.
72. Ver: Asociación Psicoanalítica Argentina (1986): Comisión de Investigación sobre las Consecuencias de la Represión política (comunicación preliminar). En: Rev. Chil Psic., Vol. VIII, N° 2, pp.65-70.

73. Cfr.: J. Puget; R. Kaes, op. cit., los textos de L. Ricón, J. Braun y M.L. Pelento y M. Viñar.
74. Ver: J.J. Fariña (1990): El terrorismo de estado como fantasma. En: H. Riquelme (Ed.), op.cit., p.153-158.
75. Ver: H. Riquelme (1990): Lo real espantoso: efectos psicoculturales del terrorismo de estado en América del Sur. En: H. Riquelme, op.cit., p.125-141.
76. Ver: J. Timmerman (1987): Chile. El galope muerto. Santiago, p.44.
77. Ver: Giberti, E. (1987 a) pp.17-34.
78. Cfr. Caetano y Rilla, op.cit., p.147-148.
79. Y el autor especifica: "De entre éstas, nos parecen destacables dos que hemos observado en sujetos padres que han sufrido tortura y prisión prolongadas: a) "¡Yo no valgo nada...sólo he hecho tonteras..!" b) "¡No me quieran!" En los casos del slogan a), este puede ser en ocasiones bien explícito y argumentado por el propio sujeto. La persona intenta simultáneamente explicar (o justificar) su proceso vital, sus miedos actuales y eventualmente expiar las culpas de un "quiebre" en la tortura. En el contexto familiar, más propiamente frente a los hijos, puede ser una tentativa de protección, de evitar que ellos sigan "los mismos pasos". Estos son, en su mayoría, un enigma, pues muy rara vez los sujetos consiguen compartir eventos y sentimientos traumáticos de su biografía.

Estos padres indefinen su propia imagen y la desvalorizan; al mismo tiempo compulsan a su familia a una acogida de amor piadoso al colocarse ellos en una posición victimada.

La natural confrontación y diferenciación con hijos adolescentes los lleva ineludiblemente a "salidas" que pueden ser extremas: o se encapsulan en una amarga y solitaria resignación o reaccionan hostil y autoritariamente. Con ambas salidas, no obstante, vuelven a negar con la práctica de sus vidas los ideales que le dan sentido a su existencia.

En todo este proceso ha estado siempre actuando el miedo a "tocar" el núcleo de las vivencias traumáticas del horror. Los miembros de la familia perciben y comparten la cualidad de "intocable" de ese dolor. Protegen, a su vez, al afectado inhibiéndose de abrir el diálogo. La trampa de las angustias, dolores y miedos se cierra sobre sí misma una y otra vez.

b) En la situación del slogan imperativo "¡No me quieran!", el sujeto vive embargado por la culpa de haber inflingido dolores "evitables" a su familia, generalmente después de vida clandestina, secuestro, tortura y prisión. Aun cuando consigan después de la liberación llevar una vida llena de cautelas y "no meterse en nada", viven atemorizados por una eventual nueva persecución del poder (sin ser paranoideos: de hecho acontece).

Como medio de precaver a los suyos de un mayor dolor, protegen a la familia intentando forzarla a que no lo quieran. Se acorazan de una aparente frialdad afectiva, se tornan tercios, huraños, distantes y ensimismados. No hablan ni permiten hablar de las contingencias políticas ni de su pasado. Se refugian en el empeño de proveer materialmente lo mejor posible a la familia.

Coloquialmente expresado, los términos de este paradigma paradójico son los siguientes:



- Sujeto: - Por amor a ustedes, yo exijo que no me quieran. - Por amor a mí, ustedes deben aprender a no quererme.
- Familia: - Por cariño y protección a tí, hacemos como si no te quisiéramos. - Por amor a tí, vivimos, cada uno a solas, el dolor en silencio.
- La relación familiar se congela; se acompañan compartiendo el dolor en silencio y soledad". H. Faúndez (1990): El lenguaje del miedo: dinámicas colectivas de la comunicación bajo el terror en Chile. En H. Riquelme, op.cit. p.93-4.
80. Ver: D. Becker; E. Weinstein: La familia frente al miedo: aspectos psicodinámicos y psicoterapéuticos / en: Revista Chilena de Psicología (R.Ch.Ps.), Vol.VIII, Núm.1, pp.57-64, Santiago de Chile, 1986.
  81. Cfr. M. Ruderman (1992): El horror internalizado de la dictadura en los psicoterapeutas en Argentina. Ponencia al VI.Simposio "Cultura y situación psicosocial en América Latina" ,Hamburgo, Septiembre de 1992.
  82. Ver: R. Huhle, op. cit.
  83. Cfr. E. Lira; E. Weinstein et al. (1984): Psicoterapia y represión política / México: Siglo XXI.
  84. Cfr. H. Riquelme: Introducción a Era de Nieblas. Derechos humanos, terrorismo de estado y salud psicosocial en América Latina. Caracas: Nueva Sociedad, p.9.
  85. E. Lira; E. Weinstein, S. Salamovich: El miedo: un enfoque psicosocial / en R.Ch.Ps., Vol.VIII, Núm.1, pp.51-57, Santiago de Chile, 1986.
  86. Cfr. P. Rojas: Terapia al torturado. Reflexión de una práctica humana. En: CODEPU (Comité de Defensa de los Derechos del Pueblo): Tortura: Aspectos médicos, psicológicos y sociales. Prevención y tratamiento (Bajo el cuidado de Sergio Pesutic). Santiago de Chile 1990, p.235-39. Además: Pr. J. Aldunate: Consideraciones éticas. En: CODEPU, op. cit. p.372-375.
  87. Ver: I. Scholz (1990): Politische Kultur, soziale Bewegungen und Gewalt. Die gesellschaftlichen bedingungen des Erfolges der Menschenrechtsbewegung in Argentinien. Diplomarbeit (fotocopia). Berlin, p. 222.
  88. Ocho semanas tras el inicio de la presidencia de Alfonsín, J. Timerman reflexiona sobre el ánimo imperante en el país: "Como una repetición en miniatura de la Alemania de 1945, la Argentina de 1984 está tratando de saber y entender. En este penoso esfuerzo afloran las mismas preguntas. ¿Cómo era posible que se torturaran niños delante de sus madres? ¿Cómo era posible que las mujeres fueran violadas delante de sus esposos? ¿Por qué había soldados en Argentina que mataban mujeres encintas a patadas? ¿Porqué hubo niños asesinados o entregados a familias extrañas? ¿Porqué hubo personas drogadas y lanzadas al océano desde una avión, o cuerpos martirizados llevados en containers y lanzados desde los buques al agua?". J. Timerman (1989): Un desaparecido vuelve a casa. En: Nueva Sociedad, Caracas. N° 100, p.207.
  89. Ver: J.J. Fariña (1992): Aspectos psicosociales de la amnesia/amnistía en Argentina. Los tres tiempos de la exculpación. En: H. Riquelme (Ed.): Otras realidades-otras vías de acceso. Psicología y psiquiatría transcultural en América Latina. Caracas, Nueva Sociedad, p.203-210.
  90. Cfr. Caetano y Rilla, op.cit., p.101-102.
  91. Ver: R. Huhle,op.cit. p.79.



92. Cfr. Colegio de Abogados del Uruguay (1989): Proyecto de Ley sobre Delitos de Lesa Humanidad. En: KAIROS: El sur también existe. Efectos psicosociales del terrorismo de estado en América Latina. Montevideo.
93. Ver: D. Nolte (1989): Menschenrechte und politischer Wandel in Chile. In: Lateinamerika. Analysen, Daten, Dokumentation. Nr 11/12 Institut für Iberoamerika-Kunde, Hamburgo, pp.33-46.
94. Ver: Informe Rettig, op.cit., p.3.
95. Ver: R. Huhle (1991), op.cit., p.79.
96. Ver: H. Meyer (1990): Der Widerruf.

## II. LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA BAJO LA INFLUENCIA DE LA DOMINACIÓN TOTALITARIA

El rol de los médicos durante las dictaduras militares -régimenes de siete, dieciseis y doce años de duración, en Argentina, Chile y Uruguay respectivamente- hasta ahora ha sido poco tratado y estudiado en forma sistemática. La participación directa de médicos en actividades a favor o en contra el régimen totalitario respectivo aparece como algo circunstancial y fútil en la mirada retrospectiva de los contemporáneos, como si esas acciones hubiesen sido llevadas a cabo entonces por individuos aislados o por pequeños grupos y no estuvieran relacionadas entre sí.

En esos países, se puede constatar de parte de los médicos -a través de innumerables acontecimientos- tanto actitudes de colaboración como de resistencia frente al régimen totalitario. En esta parte del trabajo desarrollaremos un análisis de tales hechos, basado en fuentes documentales. En él se tratará en detalle tanto las circunstancias fundamentales de la implicación de algunos médicos en actividades represivas y su complicidad en delitos de lesa humanidad como también los momentos relevantes de la oposición de otros médicos contra actos de arbitrariedad y desprecio a seres humanos.

En esta parte incorporaremos también los resultados de las investigaciones sobre la medicina bajo el nazismo en su carácter de investigación ya decantada en su base histórica y en el sentido de profundizar el análisis. La forma cómo la actividad médica fue influenciada por la ideología nazi y cómo se comportaron los médicos frente a ese régimen han sido objeto de un intenso trabajo de pesquisa en los últimos treinta años. Estas investigaciones documentan expresamente la forma en que llegó a ser deformada la práctica médica bajo la influencia de la dominación totalitaria, pero también las formas de oposición desarrollados frente a un poder concebido como absoluto y aniquilante.

De acuerdo a una sistematización propia, y para confluir a un análisis de los fenómenos propios de cada situación, trataremos la relación entre derechos humanos y ética profesional en la praxis médica durante las dictaduras militares en el pasado reciente de América del Sur y durante el nazismo. Por último nos proponemos realizar una comparación diacrónica sobre la importancia de la medicina en ambas épocas en virtud de la base documental y de las nociones fundamentales que se desprenden de tal estudio. Así podremos cumplir con la exigencia epistemológica de situar este trabajo de investigación sobre la ética profesional en

el contexto histórico relevante, para que la actitud y las acciones de los médicos en ese período no sean reducidas a hechos aislados dentro de un régimen de terror, sino que puedan ser comprendidas en el nexos social e histórico de su situación existencial frente a la dominación totalitaria.



## II.1. LA MEDICINA BAJO LA DICTADURA EN AMÉRICA DEL SUR

### INTRODUCCIÓN

La experiencia social reciente en América del Sur muestra cómo la dominación totalitaria logró penetrar substancialmente en la actividad médica y cómo, bajo tal influencia, los axiomas éticos llegaron a ser objeto de omisiones y ultrajes regulares, pareciendo así que ellos fueran sólo expresión de eventuales buenos propósitos y no de por sí principios rectores de la actividad profesional: máximas de conocimiento generalizado entre los profesionales de la salud en cada uno de los tres países, sancionadas además en múltiples convenciones y códigos internacionales<sup>1</sup>.

La participación directa de médicos, tanto en actividades represivas del terrorismo de estado como en formas de oposición, dio curso a circunstancias inéditas. Como ocurre a menudo con sucesos que trascienden la experiencia cotidiana, el conocimiento que existe sobre esta área de actividad médica es hasta ahora anecdótico y fragmentario y parece constituir el dudoso privilegio de testigos eventuales y de unos pocos estudiosos<sup>2</sup>.

Aún es perceptible la huella de esa época en muchos ámbitos de la acción médica y el terror continúa actuando incluso en personas no comprometidas directamente. Una joven médica de Argentina lo formula de la siguiente manera:

“Aunque yo entonces sólo cumplía con mis estudios y me abstuve en la medida de lo posible de participar en cualquier clase de discusiones, constato ahora que sobre muchos acontecimientos no tengo ningún recuerdo. Es como si muchos sucesos, que ocurrieron en mi inmediata proximidad, hubieran sido simplemente ‘borrados’ de mi memoria”<sup>3</sup>.

Consideramos necesario realizar un abordaje sistemático a las actividades que desarrollaron algunos médicos en su empeño por cooperar de hecho con la represión, por ejemplo, en tortura y tratos crueles, en los tres países. Similar importancia tiene el constatar cómo miembros del cuerpo médico pudieron dar curso a formas de oposición activa y pasiva, así como observar las consecuencias que tuvo para ellos su actitud de rechazo a la gestión del terror. Para desarrollar estos complejos

temáticos, recurrimos a una clasificación propia de lo que fue la labor concreta de médicos al participar tanto en actos de apremio ilícito como en las diversas actividades de resistencia a la dominación totalitaria.

En las páginas siguientes se describirán situaciones límites, en las que la actividad médica tuvo objetivos poco usuales y que, a menudo, condujo a los afectados a una suerte de desconcierto psíquico. Así lo describe Jacobo Timmerman, periodista argentino, al hacer relación al encuentro en la cárcel con un médico conocido suyo, quien había sido destacado para participar en su maltrato:

“...él me tomó del brazo y muy suavemente (dijo): ‘Tú sabes, Jacobo, que nosotros los médicos tenemos algunos secretos... Mira aquí: esto azul es una de tus arterias y yo puedo inyectar (-te algo) aquí. Tú sabes que nosotros tenemos ciertas sustancias para hacerte hablar, pero eso siempre es lamentable porque ellas también afectan tu cerebro. Así, por qué tú no hablas ahora y quedamos tan amigos’. Su presencia fue terrible (para mí) porque él era el símbolo de que existía un instrumento científico cuando tú eras torturado por las bestias”<sup>4</sup>.

La disposición a cooperar con un sistema represivo parece existir explícitamente en algunos miembros del cuerpo médico. La opinión sobre la tortura del Dr. Guido Díaz Paci, frente a la Comisión Especial del Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile, es de mucha relevancia ya que él fue encargado, como médico de sanidad militar, de los detenidos por razones políticas durante más de seis años:

“Creo –dice (el Dr. Díaz)– que la tortura es un grado extremo de apremio físico y que el apremio físico, sin provocar lesiones, es legítimo..., aquél apremio que sólo provoca dolor..., es lo mismo que uno le hace a los hijos cuando les tira de las orejas o les da un golpe de castigo..., pienso que el apremio psicológico también puede estar permitido, como impedir el sueño o algo por el estilo...”<sup>5</sup>.

Pero no todo fue aquiescencia y pasividad frente al terror, sino que existieron también actitudes de rechazo de lo que se considera como injusto. El Dr. Martirena se refiere al comienzo de las actividades de resistencia del Sindicato Médico del Uruguay (SMU):

“Después de la muerte de Roslik en la tortura, hubo una toma de consciencia sobre nuestra responsabilidad ética para con la sociedad. Considero que ese suceso a muchos nos remeció profundamente..., después de eso, ya no les sirvió (a los militares) ni el amedrentamiento personal –mi casa fue allanada ‘preventivamente’ varias veces– ni el calificarnos de criminales. Nadie pudo impedir que creáramos dentro del Sindicato Médico la Comisión Nacional de Ética Médica para constatar la veracidad de las graves acusaciones de delitos éticos de parte de algunos médicos militares”<sup>6</sup>.

En este capítulo trataremos siete temas centrales de la praxis médica bajo dominación totalitaria.

Empezaremos con la participación activa de médicos en el “interrogatorio doloroso”<sup>7</sup>, continuaremos con la cooperación médico-profesional frente a un aparato de justicia francamente venal, enfocaremos luego el trato dado a niños nacidos durante la prisión- “desaparición” de las madres gestantes y nos concentraremos en el destino que tuvieron tanto algunos médicos como las instituciones del servicio de salud bajo la dictadura. En los últimos tres subcapítulos se desarrollarán, primero, algunos aspectos pocos conocidos de la oposición médica, luego las condiciones de trabajo y los resultados jurídico-gremiales de las comisiones para aclarar las acusaciones de faltas a la ética profesional y, por último, las actitudes en el cuerpo médico frente a áreas conflictivas de la ética profesional de reciente actualidad.

## 1. TORTURA Y PRAXIS MÉDICA

Por lo común una actividad es reconocida culturalmente como tal en tanto que entra en un proceso de definición conceptual. El Colegio Médico de Chile (CMC) da en este contexto para la tortura la siguiente definición de labores profesionales:

“La supervisión de la tortura desde una perspectiva médica equivale a la evaluación periódica de la capacidad de la víctima para soportar un tratamiento cruel. También involucra el tratamiento de las lesiones causadas por la tortura o no denunciar la tortura, dejando de este modo a la víctima a merced de sus aprehensores”<sup>8</sup>.

### *a) Tortura bajo tuición médica*

En Argentina, durante el ya mencionado “Proceso de Renovación Nacional”, el Dr. Liwski describe la siguiente situación:

“Ya atado, la primera voz que oí fue la de alguien que dijo ser médico y me informó de la gravedad de las hemorragias y que, por eso, no intentara ninguna resistencia... En esos días hay una segunda... intervención de Vidal que es en relación a un comentario que le hace a uno de los torturadores, casi textualmente: ‘Por el día cuarto o quinto de tortura, hay que insistir porque entonces la acetilcolina se está agotando y a partir de allí sabemos que toda posibilidad de resistencia es vana.’ Comentario este... que indicaba un conocimiento de los mecanismos (fisiológicos) que intervienen en el proceso de aplicación de torturas... Uno o dos días después, continuando con las torturas y de acuerdo a la información de que se me



iba a torturar junto a mis dos hijas de 3 y 6 años en ese momento, Ana y Julieta, es consultado Vidal por el operador más directo de tortura, el comisario Raffo, acerca de las condiciones a considerar para aplicar tortura en niños. Fue muy categórica la respuesta de Vidal diciendo que a partir de los 25 Kilos ya era posible la aplicación de la picana eléctrica”<sup>9</sup>.

En cuanto a Chile, el Informe “Verdad y Reconciliación” detalla lo ocurrido en la localidad de San Antonio, representativo al parecer de la situación general en Chile tras el golpe de estado de 1973:

“Fue característica... la presencia de médicos, también encapuchados, que controlaban la tortura (de modo que no fuese mortal) y atendían de urgencia a las víctimas más dañadas por ella. En la rutina habitual, el detenido cuyo interrogatorio no ofrecía ya posibilidades de nuevas revelaciones, era remitido o devuelto – generalmente en estado lamentable– a la Cárcel Pública de San Antonio... El informe de un organismo humanitario, a fines de 1973 y comienzos de 1974, hace ver el alto número de atenciones médicas que requerían los prisioneros de la cárcel, número cinco o seis veces superior en porcentaje a los de otras cárceles visitadas... (en el) complejo Tejas Verdes muchas personas murieron (allí)... algunas condenadas por Consejos de Guerra y otras ejecutadas sin proceso alguno, otras a consecuencia de la tortura. Las muertes de estas últimas, y de los ejecutados sin juicio previo, o bien se encubrieron con falsos Consejos de Guerra; o bien con certificados de defunción que adolecían, por lo menos de falsedad intelectual en cuanto a la causa del deceso...”<sup>10</sup>.

Ya en 1982, el informe de una delegación de Amnesty International (AI) dejaba constancia de la participación de médicos en actividades de apremio ilícito a detenidos. La delegación entrevistó e hizo exámenes clínicos a 19 personas, 18 de las cuales afirmaban haber sido torturadas. Sobre las condiciones de ingreso de los afectados al circuito de detención-tortura-encarcelamiento, instaurado por la policía secreta Central Nacional de Informaciones (CNI) el informe dice:

“Cubierta ya la vista con el antifaz ciego, el detenido es conducido a un cuarto donde un hombre, asistido por alguien que muchos detenidos creyeron que era una enfermera, les toma brevemente datos médicos. Existen pruebas que indican que la persona que toma los datos médicos es en realidad un médico. Se somete al detenido a un examen físico superficial consistente en auscultación y medición de la presión sanguínea. Estos y otros datos se registran en una ficha médica... Algunos ex-detenidos han afirmado que en esta etapa les administró una inyección intravenosa el hombre que suponían que era médico... Habría sido, evidentemente, difícil para los detenidos cerciorarse de que las personas que suponían ser médicos lo eran en realidad, o si se trataba simplemente de personal sanitario

o de personas que fingían ser doctores... Hay sin embargo tres casos en que los delegados de Amnistía Internacional consideran contar con fuertes indicios de que la persona involucrada era, efectivamente, doctor en medicina, o había recibido una educación médica muy completa”<sup>11</sup>.

Y continuaba el mismo informe:

“En el caso N° 8 al entrevistado se le paralizó parcialmente la mitad del cuerpo tras lo cual fue examinado por una persona que, al parecer, siguió procedimientos médicamente correctos y que utilizó el término ‘hemiparesia’ para describir su condición.

En el caso N° 10 el entrevistado que tiene *situs inversus viscerum*, o sea los órganos internos del lado opuesto al normal (el corazón del lado derecho, por ejemplo) logró que la persona que lo examinó en el centro de interrogatorios de la CNI le describiera correctamente las implicaciones de dicha condición. En el caso N° 18 el entrevistado, médico él mismo, está seguro de que la persona que lo examinó lo era también, en parte por las preguntas que le formuló y en parte por los procedimientos seguidos durante el examen. No les fue posible a los delegados de Amnistía Internacional determinar la identidad de los presuntos médicos ni su número...” Se hace allí sin embargo claras referencias a exámenes médicos en términos más específicos<sup>12</sup>.

Sobre Uruguay hemos tenido acceso a las siguientes declaraciones:

“Fui examinado concienzudamente por un médico. Me preguntó sobre mi familia, enfermedades crónicas o actuales, y acerca de si había partes sensibles en mi cuerpo por enfermedades previas. Pensé que dando esta información podía reducir la tortura. Horas después comprendí la razón real del interés del médico. Oí su voz, sin lugar a dudas, diciendo: ‘Está muy bien, pueden continuar’. Me sentí furioso e impotente. Aquí había un individuo preparado por la sociedad para salvar vidas, dedicado sin embargo a provocar dolor. Pero yo estaba furioso conmigo mismo por haber sido tan inocente y creer que un médico que trabajaba en un lugar como ése hubiera de tener siquiera un ápice de humanidad. Esos médicos están salvando vidas, pero de una manera perversa. El propósito de la tortura es frustrado si la víctima no puede soportar los rigores interminables. El médico es necesario para impedirte que mueras por tus convicciones”<sup>13</sup>.

En este país tales procedimientos al parecer eran aplicados en términos sistemáticos:

“Al ser admitido a un centro de detención cada nuevo detenido era examinado por un médico, quien luego preparaba un ‘informe médico completo’. Este informe era enviado a los oficiales militares responsables del detenido. Los oficiales a



cargo del interrogatorio a menudo utilizaban esta información referente a problemas de salud preexistentes para establecer un límite para el maltrato. Por ejemplo, si el oficial sabía que el detenido tenía problemas cardíacos, la inmersión en el 'submarino' debía abreviarse, o tal vez reemplazarse por otro procedimiento. Además los oficiales a veces solicitaban exámenes médicos durante una sesión de tortura para decidir si debía suspenderse o si podía continuar. Preocupados por la posibilidad de ser engañados por la simulación de síntomas, algunos médicos estudiaron manuales de guerrilla que contenían instrucciones sobre cómo fingir enfermedad... Asimismo en los penales los médicos ejecutaban sus tareas técnicas de examen y diagnóstico y luego comunicaban los resultados a los comandantes sin informar a sus pacientes, sin sopesar las consecuencias en cuanto al bienestar de los examinados. En este aspecto cabe señalar especialmente a los psiquiatras del Penal de Libertad<sup>14</sup>.

G. Martirena destaca en estas actividades la responsabilidad del médico militar y particulariza las actividades que éste debía realizar<sup>15</sup>.

#### *b) Labores médicas específicas en lugares de detención*

Durante la dictadura, la actividad médica y sanitaria en cárceles y campos de concentración al parecer se atuvo a criterios no habituales en tiempos de democracia.

En Argentina se puede reconstruir esta particular actitud de acuerdo a la siguiente declaración:

"Mientras estaba en *La Escuelita* recibí atención médica en dos ocasiones. Una vez durante una sesión de tortura y estando aún vendado, alguien auscultó mi corazón y mis pulmones con un estetoscopio. Después se hicieron pruebas de orina debido a que uno de mis riñones había sido afectado. Me sentí como un animal en un experimento de laboratorio, con un profesional que atendía a mis funciones vitales pero que no me consideraba como ser humano. Otro prisionero me dijo conocer al médico. Él pudo ver al médico por debajo de su venda y lo había reconocido. Solo recuerdo que su último apellido era alemán y que era un doctor de la primera división de la armada en Bahía Blanca"<sup>16</sup>.

Y Francisco Tropeano manifestó ante la CONADEP:

"Todos oíamos cuando alguno era sacado del galpón principal para ser torturado con picana eléctrica. Presumo que había un médico indicando cuándo debían parar. En dos oportunidades oí mientras estaban torturando algo así como: 'se cortó... Se cortó'. También me pareció que aplicaban inyecciones..."<sup>17</sup>.

La situación en cárceles y otros sitios de detención en Chile no parece haber sido muy diferente:



“Alberto Barraza... manifestó en su declaración ante el tribunal que un médico lo trató en tres ocasiones mientras estaba siendo sometido a tortura. ‘Después de cada examen el médico decía: ‘Está muy bien, pueden seguir con el tratamiento’. Se trataba evidentemente del mismo médico que me hizo tomar tabletas tres veces al día y un líquido agrio con gusto a menta”<sup>18</sup>.

Esta forma de actuar no estaba circunscrita tan sólo a la capital ya que también en provincias ocurrían hechos similares:

“I.V.M., en su testimonio ante nuestro departamento habló de su encuentro con un médico después de su arresto el 23 de agosto de 1984 en la ciudad de Concepción [Chile]. I.V.M., hijo de un juez de alzada, dijo que un médico los examinó antes de su primera sesión de tortura. Al día siguiente ‘el mismo médico me examinó... y me dio algunas píldoras para el corazón... Posteriormente me enteré que a este médico lo llamaban ‘Quincy’ y durante averiguaciones subsiguientes me enteré que se trataba del Dr... y que trabaja en...’ (...) ‘Había unos cinco torturadores. La tortura duraba varias horas cada vez (Durante una sesión de tortura) me aplicaron la picana (terminal de corriente eléctrica) en el pene y en el ano. Esto hizo que yo orinase y defecase en el colchón. Me hicieron comer los excrementos... A la mañana siguiente fui nuevamente examinado por un médico. Su función era dar luz verde para que la tortura continuara. Me examinó para apreciar mi capacidad de soportarla”<sup>19</sup>.

También Amnesty International consigna este tipo de actividades e incluso a más de diez años después del golpe de estado:

“Desde el viernes en adelante fui interrogado de distintas maneras, amable y violenta, incluso en los días posteriores fui examinado por dos médicos que fuera de saber cómo estábamos, señalaban con lápiz las zonas más afectadas por la tortura y orientar así a los flageladores...”<sup>20</sup>.

Tras el retorno al sistema parlamentario en Uruguay, el Dr. Gregg pudo hacer un estudio de campo y preguntar a muchos médicos militares sobre sus actividades durante el estado de excepción, obteniendo así declaraciones de primera mano:

“Interrogado acerca de que un médico de una escuela de inteligencia militar enseñaba métodos de resucitación de prisioneros después de la tortura, el Dr. Roberto Scarabino, replicó: ‘pregúntenselo a él mismo’. A continuación Scarabino declinó revelar el nombre del médico afirmando que la información era ‘confidencial’. Varios días más tarde una alta fuente militar informaba que el médico en cuestión era Scarabino”<sup>21</sup>.

El Sindicato Médico de Uruguay inició la labor de esclarecimiento ético aún

en plena dictadura. Sobre la actividad de un médico investigado por la Comisión de Ética del SMU, se pudo reunir los siguientes testimonios:

“... (el) declarante manifiesta que al ingresar al cuartel ya mencionado, lo pusieron de plantón y luego de varias horas, le sacan la capucha, lo sientan y se encuentra ante el Dr. Fornos, a quien el detenido ya conocía por vivir ambos en Trinidad, y por ser cliente del banco –el mencionado médico– donde prestaba funciones el declarante. Luego le toma el pulso, le ausculta el pecho, le hace algunas preguntas relativas a su estado de salud, se retira el Dr. Fornos y el personal militar lo vuelve a encapuchar aplicándole torturas como ser ‘submarino’ y golpes por todo el cuerpo... Que cuando fue puesto en libertad por primera vez, el Dr. Fornos lo vio y lo reconoció en la vía pública de la Ciudad de Trinidad..., fue citado por dicha autoridad militar, y le obligaron a firmar un papel donde constaba que la atención médica había sido correcta durante su estadía en dicho Cuartel... Expresa el declarante que en la última detención que sufriera, fue revisado por el Dr. Fornos y sometidos a gravísimos apremios físicos durante veintidós días, (entre otras) le aplicaron el ‘submarino’ atado a una tabla que era sumergida en un tanque con agua,... después de una inmersión muy larga, de la que sale muy mal, se le suministró un golpe de corriente eléctrica, y en ese momento siente en el pecho el contacto de algo frío y metálico, de inmediato la voz del Dr. Fornos que dice ‘está perfectamente bien’... En otro caso, expresa un declarante, que el Dr. Fornos en momentos de realizar una revisión médica a otro detenido le tomó la presión, dijo que era alta, (e indicó) al escribiente ‘tratamiento blando’”<sup>22</sup>.

También estuvo en cárceles uruguayas Miguel Angel Estrella, un pianista argentino de fama mundial. Él fue detenido en Uruguay en diciembre de 1978 y describe sus experiencias de prisión como sigue:

“Ellos me aplicaron electricidad bajo las uñas sin parar y después me colgaron de los brazos. Después de dos días tenía dolores en todo el cuerpo, pero también perdí completamente la sensibilidad en las manos. Tocaba las cosas y no sentía nada. Se ensañaron con mis manos. En la última etapa (de torturas), ellos utilizaron sólo electricidad. La aplicaban en mis dedos y preguntaban: ‘¿Cuál es el dedo que más utilizas al tocar el piano?’ Yo no respondía nada, estaba rezando y uno de ellos dijo: ‘¿Es quizá el pulgar?’ Ellos tiraban de los dedos y me daban la impresión de cortarlos con cada golpe de electricidad. Dijeron: ‘Te estamos cortando las manos, dedo por dedo y luego vamos a matarte, tal como le ocurrió a Victor Jara’ (detenido en el Estadio Nacional, después del golpe de estado en Chile 1973, los esbirros militares destrozaron los dedos uno por uno a V. Jara, compositor y cantante popular de gran prestigio, antes de asesinarlo)”<sup>23</sup>.

En un comentario pertinente el Dr. Mandressi manifiesta al periodista de The New Yorker, L. Weschler:

“Ud. debe comprender que estos tipos eran especialistas. Ellos fueron altamente entrenados en métodos para producir el máximo dolor sin dejar ni una sola huella física significativa, y en particular, sin matar a la víctima. Ha habido relativamente pocas muertes bajo tortura en Uruguay. Esto era así porque por lo común había médicos que asistían las sesiones”<sup>24</sup>.

### *c) Tortura y tratos crueles, en base a criterios médicos*

No sólo hubo presencia física de médicos en las diversas actividades represivas, sino que algunos de ellos también parecen haberse esforzado por realizar sus labores en términos más sofisticados.

Acerca del cuidado en mantener altos niveles de preparación en el personal destacado para estas actividades en Argentina, se manifiesta en una declaración ante la CONADEP:

“En febrero/marzo de 1979 el G.T. (Grupo de Tareas) de la ESMA (Escuela Superior de Mecánica de la Armada) organiza un ‘Curso de Lucha Antisubversiva’, al que fueron invitados agentes represores de diferentes países de Latinoamérica... Cada uno de los países hizo una exposición que fue grabada (sobre la propia actividad antisubversiva). El G.T. de la ESMA preparó varios informes... (Así también) sobre los métodos más efectivos de la tortura, con sus diferentes etapas, torturas físicas (diagramando los puntos más vulnerables), tortura psicológica y aislamiento...”<sup>25</sup>.

Y en términos concretos se describe lo siguiente:

“Una tortura ‘especial’ consistía en golpear a los prisioneros inmediatamente después de ser sometidos a la picana eléctrica. Este método estaba destinado a causar una muerte que era inevitable y horrorosa... Un testimonio: ‘María Luz’ fue muy torturada con aplicaciones de picana y palizas simultáneas. Los prisioneros más antiguos sabían que este tormento conduce inexorablemente a la muerte y a una muerte horrible, pues mientras los músculos se contraen por efecto del paso de la electricidad, se relajan a consecuencia de los golpes con los palos...”<sup>26</sup>.

Sobre Uruguay entrega el Dr. Gregg un ejemplo de celo profesional en esta suerte de actividades:

“Un ex-funcionario del Penal de Libertad expresó que los informes de los médicos ayudaban a un estrecho control de las ‘actividades y actitudes de los reclusos’: ‘Apre-



dimos mucho sobre la marcha. Cuando observábamos algún tipo de actitud nerviosa, mucha charla, demasiada conversación, tomábamos medidas para neutralizarlo... Por ejemplo les concedíamos menos tiempo de recreación, les quitábamos los libros, los cambiábamos de celda, aumentábamos los controles. Todo esto reduce sus actividades porque nunca duermen tranquilos, nunca descansan.”<sup>27</sup>

#### *d) Utilización de drogas no terapéuticas y de técnicas psicológicas*

En el lenguaje regular existe la acepción “arsenal terapéutico” para referirse al conjunto de técnicas y medios conocidos y en uso para “combatir” molestias y enfermedades. Aquí hacemos alusión al desarrollo de un arsenal de este tipo destinado a objetivos no terapéuticos.

Para Argentina destaca el testimonio del sacerdote Orlando Vigilio Yorio ante la CONADEP:

“Pasado el 25 de Mayo vinieron a darme una inyección en la nalga, pude sentir el ruidito como de un grabador y en seguida comencé a dormirme... Al cabo de cinco meses, el 23 de octubre, (nos dejan en libertad) a eso de las 5 de la tarde nos dan una inyección,... noto que me marea un poco, nos cargan en una camioneta, anduvimos no sé cuanto, nos dieron otra inyección, y más tarde otra,... y no puedo recordar más, quisimos incorporarnos, nos caímos,... despertamos cuando empezaba a haber luz,... caminamos algo más que un kilómetro, hasta que encontramos un ranchito, golpeamos y un paisano nos atendió... Le preguntamos dónde estábamos y nos dijo que en Cañuelas...”<sup>28</sup>

Y Samojedny muestra en detalle cómo la vida cotidiana en prisión se transformó, sobre criterios de represión psicológica:

“En la cárcel se nos prohibió y reprimió la lectura, la escritura, conversar y todo intento de comunicación entre los detenidos políticos,... (se trató de) reprimir el pensamiento con órdenes como ¡No saque conclusiones!.. ¡Aquí ya está todo inventado!.. ¡Aquí el único que piensa soy yo!.. Ustedes hacen lo que yo ordeno!.. En todos estos casos la prohibición iba acompañada de la represión, y cuando los compañeros se atrevía a expresar ‘A mí me parece que...’ o ‘Yo pienso...’ eran sancionados por ‘contestar-mal-al-celador’ o por ‘faltarle-el-respeto-al-celador’<sup>29</sup>.

En Chile hubo médicos implicados en situaciones de particular relevancia:

“Varios informes se refieren a una anesthesióloga de las Fuerzas Armadas que ha administrado drogas a los detenidos. Uno de los informes expresa: ‘En determinado momento me condujeron a un hospital donde fui examinado por una joven llamada... Me habló muy dulcemente ‘Te han castigado severamente. Ahora va-

mos a tratarte, no te preocupes, te vamos a dar una inyección para calmarte.' Me inyectaron algo que posteriormente supe que se trataba de pentotal sódico. Caí inmediatamente en un vacío y en un profundo cansancio físico. Alguien me preguntaba: '¿Cuál es tu nombre, tu nombre político? Entonces me desmayé... Al día siguiente, o lo que yo supuse ser el día siguiente, me condujeron nuevamente a la misma habitación. La misma médica me habló dulcemente y me preguntó cómo me sentía. Le dije que tenía un terrible dolor de cabeza. Me dijeron que iban a darme otra inyección. Entonces alguien dijo: 'Al tipo éste déle una dosis bien fuerte, como para un caballo'. Me dieron otra inyección y parece que tuve una reacción muy fuerte porque tuvieron que amarrarme... Posteriormente me enteré, a través de otra persona, que el pentotal me había hecho gritar y pegar saltos"<sup>30</sup>.

Así también existen testimonios de quienes participaron en estas gestiones desde su posición de agentes:

"Andrés Antonio Valenzuela, un torturador confeso e integrante del Servicio de Inteligencia de la Fuerza Aérea desde 1974, dice que en una ocasión vio a un médico inyectarle a un preso llamado Miguel Rodríguez Gallardo una dosis de Pentotal, droga que puede producir hipnosis y sueño de 30 a 40 segundos después de su inyección intravenosa"<sup>31</sup>.

Sobre la progresiva especialización profesional en esta área de apoyo al sistema represivo se expresan tres neuropsiquiatras chilenas:

"La incorporación de médicos, psicólogos y científicos sociales al grupo de funcionarios del aparato represivo indica que al necesario perfeccionamiento 'puro y limpio' de las acciones represivas, se suma la experimentación de nuevas técnicas destinadas a corregir las deficiencias previas. (Como 'tortura limpia' se denomina a la serie de experimentaciones en el campo de la psicología destinadas a perfeccionar técnicas que se utilizan en tratamientos de fobias, adicciones diversas y trastornos sexuales)"<sup>32</sup>.

En un país de reconocida formalidad como es el Uruguay no debiera provocar sorpresa que la policía, ya en fecha tan temprana como agosto de 1970, haya solicitado permiso oficial a la justicia para utilizar pentotal en el interrogatorio de presos políticos. La razón de esta gestión ha de ser que poco antes el Senado de la República había designado una Comisión para aclarar las denuncias de torturas que al parecer eran una de las actividades regulares de la policía política incluso antes del golpe de estado en 1973. Un médico forense, convocado a declarar ante dicha Comisión, contestó: "¿Y Ud. pregunta si hay torturas? Debe ser el único uruguayo que no lo sabe"<sup>33</sup>.

Durante la dictadura en Uruguay, hay muchos indicios sobre la actividad de Dolcey Britos como asesor en la formulación de reglas tendientes a infligir sufrimiento mental. El Dr. Liber Mandressi fue invitado por Britos a colaborar con él y tuvo oportunidad de examinar el fichero y las “gráficas estadísticas” que Britos había desarrollado, examinando a un gran número de reclusos y tratando de establecer relaciones entre las sanciones punitivas y la incidencia de problemas psiquiátricos en la población estudiada<sup>34</sup>.

Un prisionero que entregó su testimonio ante Amnesty International el 11 de abril de 1982, informó acerca del uso de neurolépticos con fines no terapéuticos en las cárceles:

“Ellos me inyectaron Calmasial durante cuatro meses... Calmasial produce un síndrome de desorientación por cuatro o cinco horas, aunque durante esos períodos se está completamente lúcido por etapas de veinte minutos a una media hora y puede constatar lo que ocurre con uno; esta es la mayor tortura... Esto me pasó en 1975... Todavía hoy hay tiempos en que no me puedo concentrar para leer. Tampoco duermo muy bien”<sup>35</sup>.

Esto que es corroborado en un estudio sobre la actividad de médicos militares en centros de reclusión para prisioneros políticos:

“Según otra denuncia... los psiquiatras de Libertad administraban neurolépticos, incluso flufenazina y haloperidol, para provocar efectos secundarios extrapiramidales (ESE) como una técnica de tortura. Los ESE incluyen rigidez muscular involuntaria y movimientos contorsivos, a menudo penosos, del tronco y las extremidades de la víctima...”<sup>36</sup>.

### *e) Ejecuciones con métodos propios de la medicina*

Mucho menor difusión ha tenido la utilización de conocimientos médicos para producir la muerte de prisioneros. La información de que disponemos se refiere sólo a Argentina, en Chile y Uruguay no se excluye que también haya ocurrido, pero no contamos con referencias concretas de ello:

“... El padre Amador nos manda a Monseñor Graselli, quien nos dice que los jóvenes... son bien tratados... Manifiesta que Videla ha sido el alma caritativa que urdió el plan para no perder las inteligencias... dice que se trabaja con los jóvenes con psicólogos y sociólogos, que hay cuerpos médicos para la salud, y que a los irrecurables, *es posible que ‘alguien piadoso’ les dé una inyección y el irrecurable se duerme para siempre...*”<sup>37</sup>.

Y de “Nunca más” obtenemos la siguiente declaración:



“... Los tres vehículos entran por una calle lateral de tierra hasta un paraje arbolado, allí estaba el oficial médico Dr. Bergé (.....) Se desciende a los tres cuerpos de los tres ex-subversivos que en esos momentos estaban vivos. Los tiran a los tres sobre el pasto, *el médico les aplica dos inyecciones a cada uno, directamente en el corazón, con un líquido rojizo que era veneno. Dos mueren, pero el médico da a los tres por muertos...* Allí el cura von Wernich me habla en una forma especial por la impresión que me había causado lo ocurrido; me dice que lo que habíamos hecho era necesario, que era un acto patriótico y que Dios sabía que era para bien del país. Estas fueron sus palabras textuales...”<sup>38</sup>.

### *f) Malpraxis circunstancial con consecuencia de daño*

La experiencia en el tratamiento médico de los reclusos parece estar impregnada también por una actitud de desprecio hacia sus derechos como pacientes.

El Dr. Liwski declara acerca de una enfermedad durante el período de prisión:

“Al día 60 o 65 de estar desaparecido, fue como consecuencia de un cuadro muy agravado, que se me presentó por fiebre tifoidea, que me había vuelto a aparecer por aquél momento. Fue traído a la celda Vidal, pude verlo en forma directa e indicó delante mío la medicación adecuada para estos casos que es cloranfenicol. Todos los que participan de la actividad médica saben que se requiere de un tratamiento de alta dosis, prolongado y permanente como condición básica para la efectividad de este tratamiento,... se suspendió el cloranfenicol a las 48 horas. Por lo tanto, el efecto es exactamente contrario al que se busca con el tratamiento”<sup>39</sup>.

Luis A. Urquiza, estudiante de psicología, complementa esta imagen en su relato acerca de lo ocurrido durante su detención en Córdoba, Argentina:

“En la madrugada del día 16 soy conducido al baño por el oficial de guardia Francisco Gontero que desde una distancia de 4 a 5 metros carga su pistola calibre 45 y efectúa tres disparos, uno de los cuales me atraviesa la pierna derecha a la altura de la rodilla. Se me deja parado, desangrándome una veinte minutos, la misma persona me rasga el pantalón y me introduce un palo en la herida y posteriormente el dedo. Al llegar varias personas al lugar, ese mismo oficial argumenta que (yo) había intentado quitarle el arma y fugar. Soy separado del resto de los detenidos y puesto en una pieza oscura y se me niega ir al baño, debiendo hacer mis necesidades fisiológicas en los mismos pantalones. Me revisa un médico, me coloca una inyección y me da calmantes, pero no me suministra ningún otro tipo de medicamentos, y mi pierna es vendada. Este médico era el médico forense de guardia del policlínico policial de esa fecha. Durante el día 16 soy golpeado sobretodo en la

pierna herida, pasando dos días en el suelo y no pudiendo recordar más por los fuertes dolores y el estado de semiinconsciencia en que me encontraba”<sup>40</sup>.

Sobre la situación en Chile documenta el Colegio Médico de Chile:

“Otro testimonio en nuestra posesión lo aportó F.I.F.R. detenido en Quillota el 19 de junio de 1985. Un comunicado oficial afirmaba que (él) había sido herido de bala durante un encuentro armado. El detenido, que presentaba varias heridas de bala, declara: ‘Fui conducido al hospital de otra ciudad... y depositado en una pequeña habitación. Un grupo de enfermeras y enfermeros penetraron en la habitación con un médico. Estuvieron presentes durante los cuatro días de tortura física y psicológica. A veces me desconectaban los tubos intravenosos y la máscara de oxígeno lo que me provocaba espasmos y vómitos de sangre. Entonces un enfermero, que representaba el papel de ‘bueno’ volvía a conectarlos tal vez para ganar mi confianza y así hacerme confesar lo que yo presuntamente sabía”<sup>41</sup>.

Para superar las limitaciones de percepción que pudieran afectar a médicos que observan a otros médicos, queremos hacer referencia a la experiencia carcelaria de Fernando Huidobro y Mauricio Rosencof en el Uruguay y que ellos elaboraron literariamente en su libro “Memorias del Calabozo”. En esta obra los autores realizan un contrapunto sobrio y minucioso de sus experiencias como rehenes –según la propia definición dada entonces por los militares uruguayos– durante once años y medio, de los cuales la mayor parte transcurrió en aislamiento. Recurrimos al valor testimonial de estas “Memorias” para mostrar en términos más plásticos, si es posible, situaciones pertinentes al estudio sobre praxis médica bajo el terrorismo de estado<sup>42</sup>.

Confrontada a múltiples situaciones límite de la praxis médica bajo el terrorismo de estado, la Comisión Ética del Colegio Médico de Chile enfrentó también la tarea de desarrollar un bagaje conceptual adecuado a estas circunstancias, que permitiera discernir con claridad las situaciones a dirimir como atentatorias a la ética y los derechos humanos y sirva como referencia para enfocar nuevas situaciones en disputa de ética gremial o en litigio legal. Acerca del tema aquí tratado se plantea:

“En resumen, la participación de médicos en la tortura adopta varias modalidades:

1. Evaluación de la capacidad de la víctima para resistir la tortura.
2. Supervisión de la tortura dando atención médica si hay complicaciones.
3. Dar conocimientos y habilidades profesionales a torturadores.
4. Falsificación u omisión deliberada de información médica al emitir certificados de salud o informes de autopsias.

5. Prestación de atención médica en el curso de torturas, sin denunciarla anteriormente o negarse a realizar dichas labores.
6. Aplicación de torturas como participante directo en ellas.
7. Mantenimiento de silencio cómplice en conocimiento de tales abusos<sup>43</sup>.

Ahora que la mayoría de los estados latinoamericanos –incluidos los tres países estudiados– ha suscrito y ratificado la Convención contra la Tortura, no debiera haber mayores obstáculos para la vigencia del postulado “Tortura y praxis médica son antagónicos y excluyentes entre sí”<sup>44</sup>. Sin embargo es de suponer que no será la pura manifestación de buenas intenciones sino que la reactualización expresa de las trasgresiones efectivas lo que acerbará la conciencia sobre el tema entre los médicos y la población en general, de modo que de las declaraciones pueda surgir una cultura de los derechos humanos propiamente tal.

## 2. MEDICINA Y JUSTICIA EN VÍNCULO DUDOSO

Existen diversas áreas de función profesional que concitaron el interés particular de cada régimen de excepción y en las cuales sólo se mantuvo a personas de absoluta confianza<sup>45</sup>, entre ellas la medicina forense ocupó una posición destacada.

La subordinación de la medicina legal a los intereses de los gobiernos de facto en los tres países de América del Sur constituye un hito de la historia reciente aún poco conocido en su cabal dimensión y en sus alcances éticos.

A continuación nos abocaremos a exponer circunstancias de conflicto ético en que la interrelación entre medicina y justicia se destaca en términos controvertidos.

### *a) Labores médico-forenses*

El funcionamiento de la Morgue Judicial durante la dictadura argentina muestra formas de complicidad profesional de los médicos forenses con el aparato represivo y permite entender cómo funcionaba un sector del sistema de “desapariciones” de personas muertas por el aparato militar. Estas eran llevadas a la Morgue Judicial para su autopsia y ser identificadas cabalmente y luego, trasladadas por los militares e inhumadas en fosas comunes como N.N., sin que se informara de estos actos a sus familiares:

“Siempre ocurría igual: se cerraban las calles adyacentes a altas horas de la noche y camiones del ejército ingresaban a la cuadra, para detenerse ante el citado edificio. Allá depositaban su carga. Nadie, entre el aterrorizado vecindario, se hubiera atrevido a decir en voz alta lo que todos fueron sabiendo poco a poco”<sup>46</sup>.



Todavía en plena dictadura, a fines de 1982, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)) planteó una denuncia sobre actos irregulares en el funcionamiento de la Morgue Judicial entre los años 1976-78 que afectaban a 106 personas, cuyos cuerpos habían sido ingresados en ella por orden militar. De la acusación formal hemos extractado lo siguiente:

“En esencia, los denunciantes estimaban que, mientras el Poder Judicial informaba, a través del rechazo de hábeas corpus, que se ignoraba el destino de los desaparecidos, sus cuerpos sin vida (varios identificados y otros sin cumplirse este trámite elemental) estaban en poder de la Morgue Judicial con conocimiento de la Cámara Penal... Se imputaba que dicho organismo hubiera realizado autopsias y efectuado inhumaciones de cadáveres N.N. sin dar intervención a ningún juez, siguiendo para ello instrucciones de las Fuerzas Armadas, lo que representaba la omisión de investigación por parte del Tribunal Superior, pese a su conocimiento de la evidencia de ‘muertes violentas’ e inexistencia de intervención del magistrado competente”<sup>47</sup>.

Para fundamentar esta acusación se incluyó:

“Expedientes con juicios de habeas corpus en los cuales se sentenció el rechazo de la acción protectora fundado en que las autoridades requeridas para informar, respondieron que ‘no están detenidos’, cuando su cuerpo mortal (estaba) precisamente en la Morgue del Poder Judicial”<sup>48</sup>

Durante la investigación administrativa siguiente, el decano del Cuerpo Médico Forense en 1978, Dr. José Daverio, declaró en un informe que la Cámara Penal tenía conocimiento cabal de estos hechos y que él, como corroboración de ello, había solicitado con insistencia “la integración de un mayor número de médicos autopsistas dado el incremento del trabajo a consecuencia de la remisión de cadáveres por la autoridad militar”<sup>49</sup>.

En forma similar se destaca para Chile:

“Otra modalidad por las que los médicos participan en el encubrimiento de la tortura es la de expedir informes autópsicos y/o certificados de defunción falsificados, práctica que el Departamento de Ética ha confirmado en sus investigaciones”<sup>50</sup>.

Las presiones a que eran sometidos los médicos funcionarios en el Uruguay se manifiestan en el siguiente documento:

“En los primeros días de diciembre (año 1976) viene a buscarme a mi casa la ambulancia del cuartel. El chofer y el enfermero me dicen que en Bella Unión había fallecido un detenido. Me llevan al despacho del Jefe del Regimiento, quien

me confirma aquel hecho y me dice que sólo los jefes y ahora yo saben de esta muerte y que si la noticia trascendía sería de mi cargo. En ese momento repliqué que tanto el chofer, enfermeros y soldados sabían del hecho pues ya era comentado por muchos en el cuartel.

Esa misma noche me trasladan a Bella Unión... En el cuartel de Bella Unión se hallaba el cadáver de Dante Porta, realizándose la autopsia por el médico de policía Dr. N..., quien no era médico forense. Dicha autopsia resultó en "blanco" (sin evidencias de daño específico). Se me exige la confección de un certificado de defunción, en el que hago constar como causa de muerte "polimicro infartos de miocardio", pretendiendo con tal diagnóstico poner un signo de Shock que yo íntimamente pensaba que había sido la causa —o probable causa— de la muerte de Porta<sup>51</sup>.

### *b) Emisión de certificados falsos de buena salud o de defunción*

Las intenciones manifiestas en los actos de trastocar diagnósticos, hacer declaraciones falsas y evaluar incorrectamente parecen surgir no sólo del afán de ocultamiento llano, como en el acápite anterior, sino además de documentar un área paralela de actividades médicas, que de por sí está inscrita en la impunidad.

Una investigación desarrollada por el equipo científico de apoyo a las Madres de Plaza de Mayo de Argentina da a conocer los nombres de veintiún médicos que habrían expedido certificados falsos de defunción; así por ejemplo, sobre "muertes por enfrentamiento", cuando en verdad las personas afectadas habían sido fusiladas<sup>52</sup>.

En una documentación específica sobre esta rama de labores profesionales, el Colegio Médico de Chile no elude incluso poner un comentario sarcástico:

"El Departamento de Ética está al tanto de numerosos casos en que los médicos han examinado a víctimas de la tortura antes de su liberación pero no informaron sobre la existencia de lesiones derivadas de la tortura. *Parecería que estos detenidos acababan de abandonar un establecimiento de descanso. Todos gozan de buena salud y no denotan signos de traumatismo físico.* El médico de la CNI emite un certificado de salud en el que se expresa que todo está normal. La firma del médico es casi siempre ilegible. Además el médico no anota el número de su documento de identidad en el certificado.

"Uno de los primeros casos de este tipo que investigamos, fue el de Federico Alvarez Santibañez, quien... estuvo detenido en dependencias de la CNI del 15 al 20 de Agosto de 1979. Alvarez compareció ante un fiscal militar quien, al verlo en un estado tan deplorable, ordenó que lo trasladaran al Hospital Penitenciario. En el hospital, lo atendió un estudiante del séptimo grado. El estudiante anotó en su



ficha 'múltiples contusiones en el cráneo, tórax y extremidades. Palidez, respiración rápida y superficial, dolor en el esternón, dolores torácicos múltiples, náusea, intensa sudoración y dificultad respiratoria, lúcido y orientado. Extensas laceraciones en torno a los órbitas oculares. Múltiples contusiones en el tórax y en las extremidades **que databan de más de 48 horas** (en negrita en original, H.R.)'. "Como su estado empeoró con la instalación de hemoptisis, Alvarez fue transferido a la Posta Central, el hospital de urgencia de Santiago. Falleció allí pocas horas después, a pesar de los esfuerzos por salvarlo. El día que abandonó el centro de detención Alvarez fue 'examinado' por el Dr. Luis Losada en su calidad de médico de la CNI. Es evidente que el Dr. Losada situó los intereses de la CNI por sobre los del paciente porque el certificado de salud que él firmó dice lo siguiente: 'El suscrito ha examinado profesionalmente a Federico Renato Alvarez Santibañez, C.I. 646.500-8 de Santiago y comprobó que estaba en buen estado de salud no presentando lesiones de ninguna clase. Santiago, 20 de mayo de 1979'. En mayo de 1986, el CMCH expulsó al Dr. Losada.

"Creemos, sin reservas, que estos certificados no cumplen con su objetivo de proteger al detenido. Por el contrario se han tornado parte de una rutina que permite todo tipo de excesos con total impunidad. *Los médicos que expiden tales certificados son, por lo tanto, cómplices de tales excesos*" (Cursivas H.R.)<sup>53</sup>.

Para el contexto uruguayo merece especial consideración la muerte bajo tortura, ocurrida poco después de su detención en 1984, del médico Vladimir Roslik. Ella trajo consigo la primera investigación interna del gremio médico sobre la responsabilidad de médicos militares en violaciones de derechos humanos. De esta forma se puso de manifiesto la dificultad básica de algunos funcionarios de salud militares para separar las áreas de competencia militares y médicas.

En su declaración ante una Comisión Investigadora ad hoc de la Asociación Médica del Interior (AMEDRIN), el Dr. E. Saíz P. mencionó como algo rutinario el haber examinado tres veces en menos de veinticuatro horas al Dr. Roslik "por orden recibida", dijo no haber oído que éste se quejara de haber sufrido torturas y que, también por orden superior, había realizado la autopsia del Dr. Roslik después de su muerte. En el informe autopsico oficial se establecía que la muerte se había debido a una "falla cardiorrespiratoria".

La familia del Dr. Roslik, a instancias de otro médico, el Dr. Burjel, exigió la realización de una segunda autopsia. Esta aportó claras pruebas de la muerte violenta del Dr. Roslik a manos de sus captores; así, el volumen sanguíneo estaba muy disminuido en los grandes vasos, había ruptura hepática, signos de traumatismo esplénico y estigmas de múltiples traumatismos superficiales y profundos. Además se observaba que el pulmón derecho, en sus lóbulos medio e inferior, presentaba "un contenido con similares caracteres macroscópicos del contenido gástrico... (de lo



que se desprende un) síndrome asfíctico”, esto es, señal de aspiración (indicio de asfixia por inmersión). Los anatomopatólogos llegaron a la conclusión de que la muerte del Dr. Roslik se debía a las lesiones y/o a asfixia por inmersión (método de tortura conocido como “submarino”), o a ambas, sufridas durante su corta reclusión.

El Dr. Eduardo Saíz Pedrini, médico militar que había efectuado la autopsia oficial del Dr. Roslik, fue expulsado de AMEDRIN en marzo de 1985. Esto no obstó para que fuese enviado ese mismo año como médico regular del contingente uruguayo de las Fuerzas Internacionales de la Naciones Unidas destacadas en Sinaí<sup>54</sup>.

En Argentina, la investigación judicial reciente ha puesto en claro las actividades específicas de médicos en los así llamados „vuelos de la muerte“<sup>55</sup> y en la práctica de „desaparición“ de personas, en un artículo de Clarín en marzo de 1999 se lee al respecto:

“...El médico Carlos Plo Crosa explicó al tribunal que en los primeros años de la dictadura ‘hubo un incremento de muertos NN’ (como se denomina a las personas sin datos de filiación)... La Justicia intenta (actualmente) demostrar que había un plan sistemático para borrar evidencias. Según Alberto Mujica, quien fuera sepulturero en aquel lugar desde 1974, los NN se inhumaban con un número anotado en el cuerpo... De acuerdo con el testimonio de Gelemur (otro médico declarante), los libros de guardia –donde se asentaban los certificados de defunción– ‘eran una especie de diario íntimo’, donde constaban todos los detalles de la pericia. Pero, por alguna *imprevisión* no se anotaba el nombre del funcionario a cargo de la instrucción (cursiva en original). De aquellos libros que hubieran sido tan reveladores, en cambio, no habría rastros”<sup>56</sup>.

### *c) Semántica de la complicidad*

Resulta incluso banal iniciar una discusión acerca de complicidades conscientes o inconscientes, mas debe destacarse que también los eufemismos médicos pueden ser útiles a los fines de ocultar violaciones a los derechos humanos. Un ejemplo sutil en su engranaje argumentativo es el del Dr. Mautone, entonces médico jefe de Anatomía Patológica del Hospital Militar, quien en sus informes daba como causa de muerte “edema agudo del pulmón” o “insuficiencia aguda cardio-pulmonar”, ambos cuadros “originados por stress”, en pacientes que evidentemente habían muerto a consecuencia de torturas. Este médico dejaba a discreción del jurado respecto el pedir o no pedir explicaciones sobre la acotación diagnóstica “stress”.

En su declaración ante la Comisión de Ética sobre el “Caso Balbi” manifestó el Dr. Mautone:

“El 20 de agosto (1975) llegó una persona en circunstancias similares y la tuve que autopsiar. Lo hice, envié el material al juez de instrucción y además le dije al

director que no podíamos recibir más esas porquerías porque Sanidad Militar está para cuidar enfermos y no para ésto. Yo estoy legalizando para que al tipo lo entierren y se lo saquen de encima (los responsables de su muerte)... El Juez me llamó para que le explicara con mayor claridad mis conclusiones. Me preguntó qué era el stress y le aclaré que era un montón de pequeñas cosas que por sí solas no son causa de muerte: sacarle el cigarrillo que fuma, ponerle la música fuerte, echarle pulgas, darles golpes; pero que producen una desintegración tal de las resistencias físicas que cuando lo mandan al submarino y el muchacho se siente asfixiado hace un esfuerzo desmedido, para no ahogarse, y esto en un organismo ya claudicado, produce la falla cardíaca aguda que lo mata...<sup>257</sup>.

#### *d) Consecuencias sanitarias de la represión directa*

Hasta ahora existen pocas referencias que superen los límites personales de testimonio acerca de cómo incidió la prisión en la salud de los afectados.

El Dr. Pedro Marín realizó en Chile un estudio longitudinal de la situación sanitaria de 194 presos políticos en la Cárcel Pública de Santiago entre enero de 1987 a octubre de 1989, período en el cual él mismo había sido un recluso más de ese centro penitenciario y participado como médico en la atención de salud de los otros presos. Sus datos se pueden considerar como de alta confiabilidad.

#### **Morbilidad Observada en Presos Políticos (194) Cárcel Pública Santiago Período 1987-1989**

DIAGNÓSTICO	Nº de CASOS
1.- Trastornos psicósomáticos	
Cefalea Tensional	168
Síndrome Ulceroso	32
Hipertensión Arterial	5
Neurodermitis	3
Psoriasis	2
2.- Trastornos neuropsiquiátricos	
Síndrome ansioso	79
Síndrome depresivo	58
Trastornos del sueño	53
Epilepsias	5

3.- Enfermedades digestivas agudas	
Gastritis	116
Enteritis	53
Colecistopatías	7
4.- Infecciones agudas	
Respiratorias	134
Otorrino-laringológicas	41
Fiebre tifoidea	1
Hepatitis	1
5.- Litiasis renal	6
6.- Enfermedades dermatológicas	71
7.- Heridas y traumatismos	138
8.- Enfermedades otorrinolaringológicas y oftalmológicas	
Hipoacusia	4
Perforación timpánica	6
Dismetropías	47
Conjuntivitis	29
9.- Enfermedades circulatorias periféricas	6
10.- Diabetes Mellitus	2
11.- Otros	108
<b>TOTAL MORBILIDAD OBSERVADA</b>	<b>1.110</b>

Estas cifras cobran particular relevancia si se considera que –para la ingente tasa de morbilidad observada– la mayoría de los reclusos es relativamente joven (84,5% menor de 40 años) y que se pueden establecer relaciones de causa y efecto entre las condiciones de vida (incluidas las torturas) en el régimen represivo y las patologías específicas. Marín expone acerca de los cuadros depresivos en particular:

“Las reacciones depresivas se dan con mayor frecuencia después del primer año de reclusión, el preso político hace una evaluación de sus errores y debilidades, lo que a pesar de sus aciertos, le crea un sentimiento de culpa. Es lo que nosotros llamamos ‘la crisis del primer año’...”<sup>58</sup>.

Sobre las cárceles uruguayas nos informa el Dr. Lombardi:

“(Aproximadamente un 10 % sufrió trastornos psiquiátricos mayores, frecuentemente cuadros delirantes y alucinatorios crónicos)... La asistencia psiquiátrica estaba exclusivamente en manos del psiquiatra militar. El preso con trastornos psiquiátricos era sometido a un hostigamiento y prosecución selectiva, junto con un manipuleo de la medicación, que creaba dependencia; por otro lado se inten-



tó utilizarlo como un elemento perturbador de la convivencia. La agresividad generada en los presos se expresó en su forma extrema como auto-agresividad, que llevó al suicidio a 9 de ellos. Fueron muy numerosos los intentos de autoeliminación. Menos frecuentes se observaron conductas hetero-agresivas...<sup>59</sup>.

### 3. LA APROPIACIÓN ILÍCITA DE LA DESCENDENCIA.

#### *a) Definición del problema*

El traspaso de niños nacidos en cautiverio de madres "detenidas-desaparecidas" a personas que no tenían parentesco alguno con ellos fue un procedimiento usual en los lugares de detención clandestinos conocidos como "chupaderos" en Argentina. Se estima que más de trescientos niños fueron así arrancados de sus familias originarias y entregados en adopción.

Sobre esta práctica manifestó, en términos casi programáticos, Ramón Camps, oficial de alta graduación del Ejército argentino, durante una entrevista al semanario español "Interviú":

"...no desaparecieron personas, sino subversivos. Personalmente, no eliminé a ningún niño, lo que hice fue entregar a algunos de ellos a organismos de beneficencia para que les encontraran nuevos padres. Los padres subversivos educan a sus hijos para la subversión. Eso hay que impedirlo..."<sup>60</sup>.

En la declaración testimonio de tres liberadas de la Escuela de Mecánica de la Armada (ESMA), uno de los principales centros de "desaparición" de prisioneros políticos se lee:

"A nuestra llegada a la ESMA,... había muchas mujeres esperando el nacimiento de sus hijos... No se salvaron de la tortura a pesar de su estado. Las huellas podían verse en sus cuerpos. Al principio, cuando faltaban pocos días para el alumbramiento, eran llevadas a una pieza con ventanas herméticamente cerradas. Recién entonces se les sacaba los grillettes, aunque debían volver a ponérselos cada vez que iban al baño. Eran atendidas por un médico del hospital naval, un enfermero de la ESMA y ayudadas por otras prisioneras. En una oportunidad en que fue necesario practicar una cesárea, la prisionera fue llevada al Hospital Naval y vuelta inmediatamente después del alumbramiento"<sup>61</sup>.

El informe de CONADEP incluye los nombres de varios médicos que participaban directamente en tales gestiones; acerca del modus operandi se manifiesta en este documento:

“Una vez nacida la criatura, la madre era ‘invitada’ (con toda formalidad) a escribir una carta (la que sin excepción permanecía en actas) a sus familiares a los que supuestamente les llevarían el niño... El entonces Director de la ESMA, capitán de navío Rubén Jacinto Chamorro, acompañaba personalmente a los visitantes, generalmente altos mandos de la Marina, para mostrar el lugar donde estaban alojadas las prisioneras embarazadas, jactándose de la “Sardá” (que es la maternidad más conocida de Buenos Aires) que tenían instalada en ese campo de prisioneros... Por comentarios supimos que en el Hospital Naval existía una lista de matrimonios de marinos que no podían tener hijos y que estarían dispuestos a adoptar hijos de desaparecidos. A cargo de esta lista estaba una ginecóloga del nosocomio”<sup>62</sup>.

R. Salguero especifica sobre este proceder clínico:

“La particularidad de estas pacientes (parturientas detenidas-desaparecidas) era que no se consignaba ni el nombre ni el apellido de la paciente sino que figuraban en las planillas solamente dos letras ‘N.N.’”<sup>63</sup>.

Por su parte, la declaración de Adriana Calvo de Laborde ante la CONADEP muestra en forma ejemplar el procedimiento del sistema represor frente a las mujeres en circunstancias de parto y a los niños nacidos en cautiverio:

“El 4 de febrero de 1977, alrededor de las 10 de la mañana, entraron a casa 8 ó 10 hombres armados. Estaban vestidos de civil... Yo estaba embarazada de 7 meses... Ya en la puerta, frente a todos los vecinos, me metieron en uno de los autos, me tiraron al piso, me pusieron una venda en los ojos y me esposaron las manos atrás... llegamos a... la Brigada de Investigaciones de la Plata... Yo fui interrogada esa misma noche (e ingresé como detenida a pesar de no haber cargo alguno en mi contra)... El 12 de marzo, Inés Ortega de Fossatti, otra detenida, inició su trabajo de parto. Nos desgañitamos llamando al ‘cabo de guardia’ (así se hacía llamar). Pasaron las horas sin respuestas. Como yo era la única con experiencia, la ayudé en lo que pude. Ella era primeriza y tenía 17 ó 18 años. Por fin, después de 12 horas y sobre una mesa sucia, con la venda en los ojos y frente a todos los guardias, tuvo su bebé ayudada por un supuesto médico que lo único que hizo fue gritarle mientras los demás se reían. Tuvo un varón al que llamó Leonardo. La dejaron 4 ó 5 días con él en una celda y después se lo llevaron diciéndole que el Coronel quería verlo... El 15 de abril comenzó mi trabajo de parto. Después de 3 ó 4 horas de estar en el piso con contracciones cada vez más seguidas y gracias a los gritos de las demás, me subieron a un patrullero con dos hombres adelante y una mujer atrás (a la que llamaban Lucrecia y que participaba en las torturas). Partimos rumbo a Buenos Aires, pero mi bebida no supo esperar y a la altura del cruce de Alpargatas, frente al Laboratorio Abbott, la mujer gritó que pararan el



auto en la banquina y allí nació Teresa. Gracias a esas cosas de la naturaleza el parto fue normal... Después de mucho dar vueltas llegamos a lo que después supe era la Brigada de Investigaciones de Banfield (pozo de Banfield). Allí estaba el mismo médico que había atendido a Inés Ortega de Fossatti. En el auto cortó el cordón y me subieron uno o dos pisos hasta un lugar donde me sacaron la placenta. Me hicieron desnudar y frente al oficial de guardia tuve que lavar la camilla, el piso, mi vestido, recoger la placenta y, por fin, me dejaron lavar a mi beba, todo en medio de insultos y amenazas... Allí en Banfield el régimen era mucho más estricto que en la comisaría 5a. de La Plata... Yo conseguí que pusieran a Patricia Huchansky de Simón conmigo y mi beba, y ella me ayudó mucho en los primeros días en que los dolores del puerperio no me dejaban en paz. Ella me contó que pocos días antes había atendido el parto de María Eloísa Castellini. Aunque gritaron pidiendo ayuda lo único que consiguieron fue que las dejaran salir al pasillo a las dos y les alcanzaron un cuchillo de cocina. Allí en el piso nació una hermosa beba a la que se llevaron unas horas después... Por fin, el 28 de abril, y estando de guardia el mismo oficial que me había hecho lavar el piso, recibió la orden desde La Plata de liberarme. Era evidente que este 'señor' no estaba acostumbrado a liberar gente porque se puso muy nervioso... Me dijo que 'no creyera todo lo que había visto y oído porque eso era para asustar un poco'. Esa misma noche me dejaron a cuatro cuadras de la casa de mis padres, con mi beba en brazos, vestida con camisón y ojotas, sin documentos y plagadas (las dos) de piojos..."<sup>64</sup>.

Esto ocurría también en hospitales regulares, a los que médicos del Ejército tenían acceso: de ello da constancia directa la declaración del Dr. Justo H. Blanco frente al Tribunal Ético de la Salud contra la Impunidad:

"Sí, yo soy médico, especialista en ginecología y obstetricia. A principios de abril de 1977, ejerciendo la Jefatura de la Guardia de Obstetricia del Hospital Isidoro Iriarte, es traída una detenida por un grupo de policías uniformados de fagina, acompañados por un médico de la policía, que yo identifico por tener mi misma especialidad y conocerlo, que se llama Jorge Antonio Bergés. En dicho momento reviso a la detenida con un embarazo de siete meses en pleno trabajo de parto. Indico su internación. Se pretende que la policía permanezca en la sala de parto a lo cual yo me opongo terminantemente y se retira la comisión policial y este médico. Y quedamos la obstetra de guardia y yo para la atención de la misma apellidada Valenzi. Es atendida, rápidamente tiene un parto prematuro de un recién nacido de sexo femenino que pesó alrededor de dos kilos. Por su prematurez es enviada inmediatamente a Neonatología. Inmediatamente después de realizado el parto, por mí personalmente, esta detenida es llevada a la sala de internación, y a partir de ese momento es vigilada por una guardia policial que no nos permite continuar el control de la misma. Afortunadamente pudimos obtener datos de su nombre y que había



sido detenida y torturada. Se le hizo una historia clínica que después desapareció. Conató en el libro de partos, su nombre escrito por mi puño y letra que a posteriori fue borrado, ignoro quien. Alrededor de las 7 de la mañana, yo había permanecido despierto por el trabajo que insume la guardia de obstetricia, y regresa la policía y este médico Bergés y se lleva a la púerpera en una camioneta particular, en la caja, acostada y no volvimos a tener más noticias de la misma”<sup>65</sup>.

Encontramos elementos complementarios a esta declaración en el informe “Nunca más”:

“Es ilustrativo el caso de Silvia Isabella Valenzi (Legajo N° 3741), quien estando secuestrada en el pozo de Quilmes, fue llevada a dar a luz al Hospital de Quilmes, novedad que fuera anotada en el libro de partos del Hospital, como asimismo el nacimiento de su hija Rosa Isabella Valenzi. El libro de partos aludido, cuya copia fuera obtenida por esta Comisión, aparece en su hoja 156 groseramente testado, habiéndose insertado la mención NN, donde constaba el nombre de la paciente Silvia Isabella Valenzi, y al lado del número 82019 donde figura el nacimiento de Rosa Isabella Valenzi se ha aditado: ‘falleció’.

“La enfermera y la partera del Hospital fueron secuestradas por el ‘delito’ de poner en conocimiento de los familiares de Silvia Isabella Valenzi los hechos relatados”<sup>66</sup>.

#### *b) Detección científica de la descendencia robada*

El vacío generacional que producía el “desaparecimiento” de los padres como instancia jurídica para recabar el acceso a los niños nacidos en cautiverio, fue cubierto por las así llamadas “Abuelas de Plaza de Mayo”. Estas eran un grupo de mujeres, madres de “desaparecidos” que estaban en conocimiento de los partos ocurridos en las cárceles y que se abocaron a la tarea de rescatar a sus nietos.

El desarrollo de la genética como disciplina biomédica ha sido de inestimable importancia para la identificación de estos niños dados en adopción ilegal a parejas proclives al régimen militar. Las Abuelas de Plaza de Mayo desarrollaron ingentes actividades para fundamentar su parentesco con estos niños y el derecho consiguiente al retorno de ellos a las familias originarias. Estos esfuerzos las llevaron, entre otras cosas, a tomar contacto con distintas instituciones científicas de Suecia, Francia y los Estados Unidos. En sus propias palabras:

“En esa época (1979-81) empezábamos a aprender conceptos científicos. Nuestro razonamiento era lineal. Hay gestos que se transmiten, chicos que se llevan la mano a la cara igual que lo hacían sus padres, que cruzan las piernas como la madre, que se paran como la abuela...”<sup>67</sup>.

En 1982 las Abuelas de Plaza de Mayo contactaron a la American Association

for the Advancement of Science (AAAS) con sede en Washington y conocieron al Dr. Fred Allen (uno de los miembros del equipo de investigadores que logró el cambio de sangre de niños que al nacer poseen el grupo RH negativo) en el Blood Center (Centro de Sangre) de Nueva York. Con este apoyo se inició una investigación específica destinada a la identificación genética de los niños que se suponía habían sido adoptados ilegalmente. Se procura reconocer la relación genética con los virtuales abuelos (índice de "abuelismo"). Esta constatación de parentesco también puede efectuarse con tíos u otros parientes cercanos. Para determinar la identidad y relación parental de los niños en cuestión se utilizan estudios hematológicos de marcadores genéticos a través de las siguientes pruebas:

a) grupos sanguíneos; b) proteínas séricas; c) H.L. o histocompatibilidad y d) enzimas séricas.

El resultado de estos exámenes constituye una prueba concluyente de determinación tanto de identidad como de parentesco y ha sido incorporado en la gestión regular de los tribunales competentes<sup>68</sup>.

### *c) Efectos psíquicos de la adopción por raptó*

En relación a la praxis de adopción clandestina del "botín de guerra", E. Giberti resume la carga simbólica de este acto para la sociedad en general y los niños en particular:

"...el mito del niño robado deja de ser tal para incorporarse como temible posibilidad, ... a diferencia de los niños adoptivos, (estos) no fueron abandonados por sus padres, sino arrancados de su lado... Cualquiera de los niños de los que hablo, (ya) recuperado, podría contar: 'Yo soy hijo de desaparecidos. Me rescataron mis abuelos porque yo estaba en poder de... Resulta que mi madre (y allí narraría su historia)... Por eso yo nací durante el cautiverio de ella, y entonces el que la había secuestrado se quedó conmigo y me anotó como si yo fuera su hijo... Él trabajaba para (y aquí el nombre de la institución represora a la que pertenecía)... Lo mismo le pasó a muchos otros chicos como yo. Pero mi abuela apareció cuando los que me tenían se preparaban para llevarme con ellos al extranjero y entonces pude volver con los míos'... Quienes mantiene contacto profesional con estos niños son prudentes y cuidadosos en sus apreciaciones; los desbordes provienen de quienes teorizan desde la distancia, histórica por cierto, que fue la que mantuvieron alrededor de esta tragedia cuando se desarrollaba. Parece necesario, frente a esta tragedia, afinar la escucha y ponderar la medida. Todos estos niños, *sólo ellos, podrán hablar de si mismos cuando llegue el momento*"<sup>69</sup>.

Para Chile y Uruguay carecemos de informaciones sólidas en este punto pero es de suponer que la detención y "desaparición" de mujeres embarazadas, con ulte-



rior falta de referencias sobre el destino de los bebés, no haya ocurrido sólo en Argentina. La masividad y lo sistemático del proceder con el "botín de guerra" — niños nacidos en cautiverio— es este país, no puede hacernos olvidar que en los otros dos países también hubo situaciones de esta índole y que aún hoy se desconoce si los embarazos llegaron a término y dónde lo hicieron, o si la futura madre fue muerta en la tortura, antes de dar a luz. Un esfuerzo valioso por romper con la maraña de desinformación tejida por los raptos en torno a nueve mujeres embarazadas que fueron detenidas y desaparecidas en Chile fue elaborado por el Comité de Defensa de los Derechos del Pueblo (CODEPU). En el libro "Todas íbamos a ser reinas..." el equipo investigador de esta organización concentra sus esfuerzos en evocar la presencia de estas mujeres, desde la perspectiva de quienes las acompañaron en los momentos de detención por fuerzas de seguridad o paramilitares, luego durante el período de torturas y en el momento en que se pierde su rastro. Aunque no es manifiesta la presencia directa de médicos en este proceso aniquilador, el estudio sobre estas nueve mujeres da constancia del parto de por lo menos dos mujeres (de la hija de Cecilia Labrín se consigna incluso como día de nacimiento el 5 de marzo de 1975 con un peso de 3,850 Kg.) y cuyos partos habrían tenido lugar en hospitales militares de Valparaíso y Santiago. En la medida en que los archivos de estos hospitales no son accesibles, no es posible determinar qué ocurrió con las madres y los niños. Las referencias sobre otras dos detenidas desaparecidas conducen a la Colonia Dignidad, donde los posibles partos pudieron tener lugar fuera de la jurisdicción regular y los niños habrían podido crecer en un enclave sin relación con el mundo de sus padres. De las otras cinco mujeres embarazadas no fue posible reconstruir su recorrido por sitios de detención, conocidos o clandestinos, sino a lo más fijar la fecha del esperado nacimiento<sup>70</sup>.

Como se puede apreciar, aún existe una "zona de silencio"<sup>71</sup> en torno al destino de muchos niños nacidos durante el cautiverio de sus madres. En Argentina, las Abuelas de Plaza de Mayo disponen, de una serie de pistas para continuar la búsqueda de ellos. Confirmada ya la certeza de que en algunos países de América del Sur algunos médicos participaron en adopciones dolosas de niños, no es posible confiar en la idoneidad de autoridad alguna, sino que se hace necesario crear instancias legales y gremiales de control para evitar tales hechos y prevenir nuevos brotes de violación al derecho de identidad de cada niño<sup>72</sup>.

#### 4. MÉDICOS Y CISMA IDEOLÓGICO INSTITUCIONAL

El significado especial de la medicina durante los gobiernos dictatoriales, consiste en que desde su seno surgieron tanto decididos opositores como importantes detentores de cada régimen en particular.



En este capítulo nos interesa destacar tanto de qué manera miembros del cuerpo médico fueron objeto de represión especial en esa época, como cuál fue el uso que se dio entonces a algunos hospitales, al ser incluidos en el aparato represivo.

Aún no se han realizado estudios sistemáticos de la profesión médica en la región ni en su relación con la sociedad global ni frente a los avatares sociales. Así se mantiene casi a un nivel anecdótico el hecho conciso de que muchos de los médicos en Chile participaran primero activamente en la oposición al gobierno de Allende, aclamando incluso el golpe de estado como una solución adecuada y necesaria<sup>73</sup>, y luego iniciaran actividades de oposición fundamental hacia la dictadura e incidieran decididamente en la creación de la Concertación Democrática, entidad de oposición que creó las bases sociales y partidarias para derrotar en las urnas al dictador Pinochet<sup>74</sup>.

En este contexto se inscribe el siguiente corolario:

“Un médico militar chileno –Dr. Augusto Schuster C.– escribió dos documentos ‘El irredimible’, el 11 de Octubre de 1973 y ‘Los rescatables’, el 12 de Octubre de 1973. En el primero presenta una clasificación del ‘contingente que forma parte del 44% de votantes pro-Unidad Popular en Marzo de 1973’ 5 grupos (extremistas-activistas de alta peligrosidad e Inteligencia –activistas ideológicos– militantes de los partidos de la Unidad Popular –simpatizantes con la Unidad Popular) para los cuales propone medidas particularizadas (irredimibles –en cinco grupos extremistas-activistas de alta peligrosidad– no utilizables pero sí neutralizables –no inmediatamente rescatables pero posiblemente confiables al reconsiderar su militancia– ganables mediante una política inteligente y exitosa). En el segundo documento se refiere a ‘aquellos ciudadanos que sufrieron la persecución marxista en los últimos tres años’ y le sugiere a la junta militar que se ajuste a la clasificación anterior y tome las medidas adecuadas si desea evitar la ‘reorganización del marxismo y el incremento progresivo de la resistencia civil’<sup>75</sup>.

En relación a la situación de los detenidos en el interior de cárceles y cuarteles del Uruguay, el Dr. Martín Gutiérrez, psiquiatra jefe del Penal de Libertad y posteriormente consejero de la Junta gobernante, expresa con nitidez:

“... la guerra continuaba en el interior del presidio. Día tras día, reglamento tras reglamento, el objetivo perseguido era el de hacerlos sufrir psicológicamente”<sup>76</sup>.

El Dr. Maraboto manifiesta sin tapujos sobre la lealtad incondicional del médico militares hacia los mandos superiores de su institución en Uruguay:

“La función del médico militar en cualquier país del mundo y en cualquier régimen político, es la de asesorar desde el punto de vista técnico al Jefe, pero éste en la última instancia es el responsable de lo que se haga o se deje de hacer en su

unidad; el médico es 'oficial del Estado Mayor del Jefe', es decir, es su asesor en los aspectos médicos"<sup>77</sup>.

### *a) Despidos arbitrarios de médicos opositores*

En términos consecuentes con la declaración de principios antes mencionada del Dr. Schuster, la situación laboral de muchos médicos chilenos se define de la siguiente manera:

"Tres médicos estadounidenses enviados a Chile en junio de 1974 por la Federation of American Scientists (FAS) para investigar denuncias de violaciones de los derechos humanos de profesionales de la salud hablaron con el Dr. Arriagada, director del Servicio Nacional de Salud (acerca de virtuales persecuciones sistemáticas). El Dr. Arriagada admitió que el gobierno militar había ordenado a los directores del hospital que clasificaran a todos los profesionales de la salud activos en tres categorías. Los de categoría A eran considerados indispensables e insospechables. La categoría B contenía los nombres de posibles activistas y militantes. Los de categoría C eran considerados políticamente no confiables y debían ser despedidos del SNS, mientras que los que figuraban en la lista B debían ser transferidos a otros cargos... A los médicos estadounidenses se les mostró una lista C que contenía 1.700 nombres"<sup>78</sup>.

### *b) Detención y maltratos*

Las fuerzas represivas se concentraron en algunos miembros del área de salud en especial. Para Argentina es posible delimitar la siguiente situación:

"Yo soy médico del policlínico Posadas. A pocos días del golpe de estado, exactamente el primer domingo después del golpe, el hospital fue ocupado militarmente por un movimiento masivo de tropas que incluía tanques, helicópteros, camiones con soldados como si se tratara del asalto a una fortaleza armada. Ese mismo día empezaron las detenciones dentro del hospital que prosiguieron durante dos días. Por su precocidad después del golpe de Estado y el sincronismo de este movimiento es indudable que el mismo estaba programado y preparado desde mucho tiempo antes... Este acontecimiento en el Posadas determinó la detención de casi 200 trabajadores de la Salud entre médicos y personal no médico... A ninguno se le pudo demostrar nada, puesto que al final todos salieron en libertad (con una variación de algunos días hasta más de un año de cárcel)... Yo salí en libertad en Diciembre (1977) y estuve años sin poder entrar a ningún hospital ni como concurrente ni como agregado... Sobre el Posadas cuando yo volví, es como



si se hubiera puesto la noche, como si hubiera pasado un ciclón, recién ahora está tratando de recuperarse. Fue un hospital desbastado, fue un hospital donde se cumplió evidentemente con los deseos y los planes de los mentores económicos de los militares de disminuir al mínimo el presupuesto de Salud Pública”<sup>79</sup>.

También atingente a miembros del cuerpo médico del Uruguay se describen momentos de alta gravedad en el maltrato a los prisioneros:

“Actos de terror potencial, tales como simulacros de ejecución y fuego de metralletas durante los períodos de recreación, aumentaban las tensiones y la incertidumbre. Un médico ex-prisionero, recuerda: ‘Podía suceder que Ud. se encontraba en el patio y oía la alarma. Ud. debía echarse boca abajo en el suelo, con las manos detrás de la espalda; las metralletas apuntando a uno desde las torres, mientras que los soldados daban vueltas corriendo. Era una situación a la que era difícil adaptarse. Todo era impredecible. A veces oíamos los tiros... A veces era imposible no pensar que alguna vez yo iba a ser blanco del fuego, tal vez hoy mismo’”<sup>80</sup>.

### *c) Persecución directa*

El acoso del personal de salud no tuvo lugar sólo de parte de los militares, sino que también debe destacarse que algunos acontecimientos de este tipo, por ejemplo en Chile, fueron provocados por colegas:

“El 11 de septiembre de 1973 fueron asesinados y detenidos muchos médicos a lo largo del país... También desde las primeras luces de ese día, otros médicos participaron en la búsqueda, detención, interrogatorios, tortura y muerte no solo de sus colegas, sino que de centenares de chilenos. Los testimonios son numerosos... Hubo médicos que señalaron con su índice a colegas para que fueran hechos prisioneros por las Fuerzas Armadas, como ocurrió durante el allanamiento del hospital clínico José Joaquín Aguirre el 15 de septiembre de 1973. Entonces un hematólogo delató las simpatías del Dr. Moisés Brodsky por el gobierno de Allende y lo envió a la prisión que también le costó un largo exilio... A otros doctores los atrapó una verdadera paranoia contra los extranjeros, acusando de extremista a cuanto médico hablara con acento centroamericano... Hubo médicos que se aprovecharon de su posición política para expulsar de los hospitales a sus colegas y así encumbrarse en la docencia y en la labor asistencial... En el Servicio de Neurología y Neurocirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, un neurólogo quiso acusar de sabotaje a otro, sabiendo que en esos días, posteriores al 11 de septiembre, eso podía ser penado con la muerte. El Jefe de Servicio impidió que prosperara la falsa imputación. Sin embargo, esa doctora injustamente acusada también debió salir al exilio”<sup>81</sup>.



Entre el personal militar que la aplicaba, parece haber sido una actitud muy difundida considerar la tortura como una técnica más en "tiempos de guerra". Tan poco cargada de cuestionamiento moral estaba para ellos esta práctica, que no dudaban en buscar apoyo profesional, incluso entre los médicos prisioneros, que también eran víctimas regulares de esta forma de "tratamiento", como lo muestra el testimonio del Dr. Solimano:

"En diciembre de 1973 varios médicos que trabajaban en el Ministerio de Salud Pública, entre ellos el que suscribe, fuimos arrestados por las autoridades militares. Fuimos llevados a un lugar denominado "Tejas Verdes", cuartel de los ingenieros militares ubicado al sur del Puerto de San Antonio. Durante nuestra estancia en dicho cuartel fuimos recluidos en cabañas cerradas y conducidos a uno de los edificios principales para ser interrogados y torturados. Nuestros interrogadores quería enterarse acerca de presuntas irregularidades referentes la sistema de salud del gobierno anterior. En cierto momento uno de mis interrogadores, un oficial del Ejército, me solicitó consejo, en mi calidad de médico, como impedir que los detenidos murieran bajo tortura. Dijo que 'perdían demasiada gente' y deseaba saber, desde una perspectiva médica, qué se podía hacer para mantenerlos vivos, especialmente cuando eran sometidos a la picana (tortura con golpes de electricidad). El planteamiento era horrible. De todos modos, lo mejor que podía hacer era asustarlo. De modo que dije al oficial que la medicina no podía ofrecerle a él y a sus compañeros ninguna garantía para preservar la vida de las personas que torturaban y que lo que debía hacer era detener la tortura"<sup>82</sup>.

La subordinación de la praxis médica a las actividades de represión en Uruguay se muestra en otros ejemplos:

"En los centros clandestinos de detención y en los establecimientos de reclusión, los soldados regulaban el acceso de los detenidos a la asistencia médica y rutinariamente leían los informes hechos por médicos, psiquiatras y psicólogos. Casi todos los clínicos militares admitieron haber revelado información sobre el estado médico o psicológico de reclusos a las autoridades militares sin el consentimiento o el conocimiento de los presos"<sup>83</sup>.

#### d) "Desapariciones" y ejecuciones.

Hubo además formas radicales de represión en contra de profesionales de la salud, como se consigna sobre Argentina:

"En el campo de la salud nos consta la desaparición en Capital y Provincia de Buenos Aires de por lo menos 164 médicos, 35 enfermeros, 56 psicólogos, 19

odontólogos, 150 estudiantes de medicina. Podemos afirmar que más de 500 personas que pertenecen al campo de los trabajadores de la salud permanecen hasta el día de hoy en calidad de detenidos-desaparecidos”<sup>84</sup>.

Sobre Chile se conocen referencias similares:

“Después del golpe del 11 de setiembre de 1973, cientos de profesionales de la salud pasaron a la clandestinidad o huyeron del país. De los 7.200 médicos de Chile, 109 fueron detenidos, 9 de ellos ejecutados y 11 desaparecidos. Según la American Public Health Association (APHA), 7.700 trabajadores de la salud del SNS, de un total de 55.000 fueron despedidos y 800 fueron obligados a jubilarse. Además, el presupuesto de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile fue recortado a un tercio, y 82 docentes, de un total de 110, fueron cesanteados o detenidos”<sup>85</sup>.

### *EXCURSO: Abusos en hospitales*

En tanto que los hospitales son lugares públicos y dedicados a fomentar la salud, parece una aberración que ellos sean utilizados para labores antagónicas a su destino primordial, sin embargo, a continuación mostraremos ejemplos crasos de esta utilización espurea.

Para Argentina, el informe de CONADEP hace relación detallada de las condiciones en que se instauró en un policlínico, subordinado a un hospital central, una dependencia de la represión:

“En el policlínico Alejandro Posadas de la localidad de Haedo funcionó un Centro Clandestino de Detención (C.C.D.) que actuaba coordinadamente con las Comisarías de Castelar y Morón, con la superintendencia de Seguridad Federal y el Grupo de Tareas de Aeronáutica... Los hechos ocurrieron a la vista tanto de los empleados como de las personas que concurrían al establecimiento, ocasionando un generalizado terror que provocó el silencio de todos. Las víctimas (fueron) en la mayoría de los casos...personal del nosocomio... El operativo... (fue) dirigido por el General Bignone, ...culminó como se dijo con la detención de un grupo de cuarenta personas (v.a. Declaración del Dr. Scharier). a partir de ese momento, quedó como interventor del policlínico en Coronel médico Abatino di Benedetto, quien declaró en comisión a todo el personal y los licenció con prohibición de concurrir al establecimiento. Posteriormente fue designado Director interino el Coronel médico Julio Ricardo Estévez... Gladys Cuervo aporta mayores precisiones sobre el funcionamiento de este C.C.D.: ‘El 25 de noviembre de 1976 me llamó Estévez a la dirección. Allí me encañonaron y colocaron los brazos a la espalda. Por la noche me sacaron en una camioneta y después de dar varias



vueltas me dijeron que estaba en Campo de Mayo. Si embargo me di cuenta que estábamos en la parte de atrás del Policlínico. Me desnudaron y trompearon, interrogándome sobre unos volantes que yo no había visto. Después vinieron otras personas que me picanearon. Durante varios días estuvieron torturándome...<sup>86</sup>.

Esta trasgresión en el uso de hospitales no fue privativa sólo de ese país pues para Chile se describe lo siguiente:

“El caso de Fernando Fuentes Ramírez permite conocer las sesiones de tortura a las cuales fueron sometidos (los detenidos). Herido de bala, con varias fracturas y con una anemia aguda por hemorragia, ingresó al hospital, siendo estabilizado en sus funciones vitales. Posteriormente (él) relata: ‘...inmediatamente de ingresado a este lugar, se inició un proceso de tortura física y psicológica en forma sistemática, con la complicidad de un teniente de navío, médico, y un equipo de enfermeras y enfermeros...’ Un grupo de diez personas, aproximadamente, lo interrogaban ‘...a la vez me golpeaban, presionaban con fuerza las regiones laceradas: tobillo, pulmón, mandíbula, etc... En el Hospital Naval se realizaron varios intentos por quitarme la vida... cuestión que fue impedida por el director del Hospital, con la sola objeción que no se realizara allí: ‘si desean matarlo, llévense-lo de aquí y háganlo en otro lugar’<sup>87</sup>.”

Un curso parecido toma la situación de apremios ilícitos a que fue sometido Mauricio Arenas Bejas durante 40 días en el Hospital Sótero del Río, a cuya unidad de tratamientos intensivos fue llevado con múltiples heridas de bala después de un “tiroteo unilateral con claros fines de exterminio”. El afectado era sospechoso de haber participado en el atentado a Pinochet en 1986:

“El primer interrogatorio se realizó el 25 de Febrero de 1987 (6° día de evolución clínica) en condiciones de extrema gravedad del detenido, el que presentaba un cuadro febril (con frecuentes pérdidas) de conciencia, dolores corporales múltiples, tracción quirúrgicas de las extremidades inferiores e importantes heridas en tratamiento... El primer interrogatorio lo inició un civil desconocido, “especialista en la materia, ante... el Sr. Fiscal Militar, el Sub-Director Médico del hospital... En lo formal el trato es inquisitivo, amenazante, con un claro propósito intimidatorio...’ el tipo hablaba rápido, muy golpeado, se desplazaba constantemente alrededor de mi cama, me costaba seguir su discurso, gesticulaba, daba golpes amenazantes en el velador, hacía comentarios del estado de invalidez en que yo me encontraba, me insultaba...; sentí una desesperación muy grande por el estado de indefensión en que me encontraba y que estaba a su disposición. Yo miraba la Sub-Director del hospital como suplicando que parara esta cosa porque se supone que él debería estar ahí para equiparar las cosas, él tiene los medios para ver qué pasa con el paciente, pero él no hacía nada, era muy servil (frente) al



fiscal. Yo estaba como un cordero, indefenso totalmente,... me sentía muy angustiado'... (Entre el segundo y el quinto interrogatorio cambia poco este modus operandi) Con el aparente objetivo de buscar elementos inculpatorios, se le somete a nuevas presiones psíquicas: careos con presos políticos... '...me traen al Dr. Marín en muy mal estado, deteriorado, viene sudoroso, sucio, pálido, despeinado. Se le ve nervioso. Pero él entra a la sala y dice con voz fuerte 'Yo soy el doctor Marín'; me examina una herida antigua de la pierna (Elude el careo en esas condiciones) y mientras sale grita a voz en cuello: 'examina una herida antigua de la pierna. (Elude el careo en esas condiciones) y mientras sale grita a voz en cuello ¿Cómo pueden interrogar a una persona acribillada que está muy enferma?' Por cierto, he aquí un testimonio relevante de un médico también torturado que repudia la crueldad sobre un paciente en estado grave"<sup>88</sup>.

Nos ha parecido relevante desarrollar tanto de qué manera médicos fueron objeto de persecución como además la forma en fue tergiversada la función sanitaria de los hospitales, no solamente por destacar la situación personal de los médicos reprimidos, sino también para hacer evidente, en cuanto a los hospitales, cómo los regímenes totalitarios no vacilaron en invadir y subyugar (casi) todos los ámbitos de la vida cotidiana.

## 5. LA OTRA PARTE DE LA HISTORIA

Este ensayo sobre la praxis médica bajo la égida militar en Argentina, Chile y Uruguay sería unilateral, si no introdujéramos la dimensión de respuesta activa a la intención totalitaria del estado. En estos años de represión masiva, se puede constatar también la participación de médicos en actos de responsabilidad ética. Actividad solvente de personas del cuerpo médico que va más allá de una abstención pasiva a colaborar con el sistema opresivo y da cuerpo y contenido a posiciones detentoras de la ética profesional.

### *a) Tratamiento no discriminatorio de pacientes*

La actitud así definida es la piedra angular para medir cada actitud de ética profesional bajo condiciones excepcionales.

Sobre Argentina disponemos de un ejemplo, el que si bien particular, denota claras torturas:

"...me llaman de Londres, una señora inglesa que yo había atendido (en una crisis psicótica) hace mucho tiempo, pidiéndome que atendiera a un sobrino que de hecho era esquizofrénico. Bueno, vino este sobrino que era hijo de un Ministro

del Proceso –un Ministro pesado ¿no?– y este hombre también vino con la misma cantinela: ‘no quise pedirle hora a Ud., sino pedí hora con mi cuñada para este chico (que está) grave’. Yo atendí al chico este. Ya habíamos entrado al gobierno constitucional. Me propuse sacar al chico adelante, pero puse como condición no trabajar con la familia, porque era imposible ¿no?’<sup>89</sup>.

Para Chile disponemos de otros:

“También hubo médicos que respetaron el juramento hipocrático y trataron por todos los medios de salvar a los detenidos y los torturados, como el doctor que le arrebató de las manos a otro colega a Carlos Lazo, presidente del Banco del Estado, agónico por las torturas. O aquel otro en Copiapó, que trasladó a Rubén Herrera al hospital de la ciudad por las malas condiciones en que se encontraba, o el director de ese mismo hospital que impidió que Fernández Larios se lo llevara más tarde, permitiéndole de este modo, ser uno de los pocos sobrevivientes de la caravana de la muerte del general Arellano Stark”<sup>90</sup>.

Pero además, durante la dictadura misma, hubo una serie de iniciativas personales y de grupos ecuménicos que dedicaron sus esfuerzos, incluso a pesar de las represalias, a promover los derechos humanos:

“Uno de los primeros profesionales en ofrecer servicios médicos a las víctimas de la tortura fue el Dr. Pedro Castillo, un cirujano torácico e integrante el American College of Surgeons. Durante una ola de despidos de académicos en el curso de 1975, al Dr. Castillo le había sido quitada la jefatura del departamento de cirugía de la Universidad de Chile. En 1981 fundó la Comisión Nacional Contra la Tortura... A principios de mayo de 1981, agentes de la CNI comenzaron a vigilar el domicilio del Dr. Castillo en Santiago. El 23 de mayo su esposa, Erica Taucher, firmó un escrito de ‘habeas corpus’ preventivo. En ese documento la Dra. Taucher solicitaba al tribunal que se pusiera fin a ‘la vigilancia ilegal de mi esposo’ y que se estipulara ‘si ya se había extendido una orden de detención’. La solicitud de la Dra. Taucher no tuvo éxito. Cuatro días después de su presentación su esposo fue detenido en su domicilio y conducido al centro de detención de la calle Borgoño.. (La prensa pro-régimen desató una campaña para implicar al Dr. Castillo en actividades ‘subversivas’ junto a los Dres. Manuel Almeyda y Patricio Arroyo, también activos en la atención a víctimas de la tortura)... No bien apareció en la prensa la acusación de terroristas contra los tres médicos, la Vicaría y la Comisión Chilena de Derechos Humanos expresaron públicamente que la policía secreta estaba furiosa por el hecho de que los médicos habían presentado acusaciones de tortura ante los tribunales chilenos o organizaciones internacionales de derechos humanos. Estos testimonios contenían descripciones detalladas de los centros de tortura operados por la policía secreta y en algunos casos atestiguaba la presencia

de personal médico en los centros... Tres semanas después de su arresto, los tres médicos aparecieron en una cárcel de Valparaíso. El juez militar a cargo del caso autorizó a dos médicos norteamericanos a entrevistar al Dr. Castillo y a sus colegas. Visiblemente afectados por lo que les había sucedido, ellos relataron cómo habían sido sometidos a confinamiento solitario durante tres semanas, en su mayor parte con los ojos vendados, sin acceso a sus familias o sus abogados. Uno de los estadounidenses explicó luego a la prensa que 'lo que más les afectaba era el hecho de haber sido públicamente asociados a actos terroristas. Sus carreras podrían ser deshechas en base a tales acusaciones'.

El 1° de julio de 1981, un tribunal militar de Valparaíso dictaminó que no existían pruebas de que los tres médicos estuvieran vinculados con grupos terroristas y que la acusación sobre actividades políticas ilegales no correspondía a la jurisdicción militar. El juez militar trasladó la segunda acusación a un tribunal civil. El 4 de Julio el tribunal civil denegó el pedido de enjuiciamiento y ordenó su inmediata libertad<sup>91</sup>.

En Uruguay recabamos la siguiente experiencia:

"Luego de un enfrentamiento armado entre el ejército y los Tupamaros fui llamado, en mi función de cirujano, a tratar a los heridos. Constaté de entrada un balazo en el tórax en el Sr. Z., tupamaro, y una herida de refilón en un glúteo de un oficial militar. Pedí que nos abocáramos al tratamiento de urgencia del Sr. Z. y se me indicó que él podía esperar, pues había también un militar herido. Insistí en que la primacía médica era atender al más grave, sin que imperen otras consideraciones y me aboqué a tratar al Sr. Z..."<sup>92</sup>

#### *b) Negarse a obedecer órdenes en contra de sus pacientes*

Para Argentina podemos constatar una actitud decidida de protección de una paciente, ingresada incluso en las condiciones irregulares de "noche y niebla", en la experiencia del Dr. Blanco a que ya hemos hecho referencia.

En Uruguay existe el caso de un psicólogo que se negó a entregar informaciones sobre los presos de un centro de reclusión, esta resistencia ilustra la convicción existente en los técnicos de la salud y militares sobre la falta de privacidad de los detenidos y de la no vigencia del secreto profesional:

"El psicólogo, Alberto Milkewitz, en 1982 se negó a obedecer órdenes para preparar informes sobre los reclusos para sus comandantes en el Penal de Libertad. Fue arrestado y mantenido incomunicado durante una semana. Una orden secreta para su arresto, obtenida por el autor de este informe, revela la razón '(el inculpa-do) indica una absoluta falta de comprensión acerca de sus obligaciones como



integrante de las Fuerzas Armadas al expresar que no podía suministrar información acerca de sus conversaciones con reclusos porque su ética como psicólogo no lo permitía<sup>93</sup>.

### *c) La praxis cotidiana bajo la dictadura*

No existen todavía estudios específicos y las referencias documentales acerca de lo que fue la vida profesional en los tres países durante la dictadura militar son escasas.

Para Chile, tres neuropsiquiatras chilenas, de claro compromiso con el proceso de cambios en el gobierno de Allende, realizaron un análisis sistemático de las experiencias realizadas en el período inmediato tras el golpe de estado. Este estudio<sup>94</sup> nos da, desde una perspectiva profesional, algunos puntos de referencia acerca de esa época :

“Decidimos abrir una consulta privada. Con ella pensábamos lograr fundamentalmente un medio de subsistencia y encubrir y posibilitar un tratamiento a las víctimas de la represión. Este tipo de consulta nos llevaba a atender pacientes que eran partidarios de la dictadura. Nuestra atención médica no discriminaba con respecto al compromiso político de las personas atendidas... Durante un año vivimos en la práctica la contradicción día a día, paciente a paciente...

Cuando nos tocaba tratar a los partidarios de la dictadura y debíamos escuchar los relatos de sus intimidades, constatábamos su consenso con la situación represiva generalizada... Era frecuente escuchar su respuesta de ‘ahora hay orden’, ‘las calles están limpias’, ‘hay tranquilidad’... Estas características propias de la pequeña burguesía destacaban mucho más en aquellos que tenían un familiar preso. La vergüenza del ‘honor manchado’ era uno de los sentimientos centrales. El miedo contribuía también a que ocultaran este hecho en su trabajo, a sus amistades y a veces al resto de los familiares. Encontraban justificado que ‘su’ gobierno detuviera a los enemigos del orden, de la libertad y de la justicia. Reprochaban al familiar detenido su irresponsabilidad al sacrificarlos por ‘ideas’ que consideraban corrompidas. Toda esta vergüenza, rencor, rabia, resentimiento, frustración entraban en contradicción con el vínculo existente... de sacrificio y preocupación por el preso. Al tratar estos pacientes debíamos circunscribirnos a un actitud terapéutica dirigida a suprimir la sintomatología,... contribuyendo así a facilitar su adaptación a las condiciones de vida a que estaban sometidos... Asumir esta postura nos exigía reprimir nuestro sentimiento de rechazo a su problemática, evitar opinar políticamente en resguardo de nuestra seguridad y constatar que al mejorarlos favorecíamos su adaptabilidad al nuevo régimen... Desde un comienzo empezamos a conocer los efectos de otra forma de represión. era aquella ejercida sobre los familiares

de perseguidos, presos, muertos o desaparecidos... En estas personas vimos cuadros de agitación o estupor, de angustia intensa o de gran depresión. Intranquilidad psicomotora con verborrea, estrechamiento de consciencia. Reacciones primitivas afectivas tales como las descritas por Kretschmer. Cuadros de deterioro precoz en personas de menos de 50 años. Apatía e incluso cuadros pseudo-catatónicos... Nuestro contacto con los compañeros de izquierda no se dio solo en la consulta.. La clandestinidad masiva (fue para muchos) una suerte de 'incomunicación total' solamente interrumpida por algún miembro de la familia ... o por un compañero que traía información... Bruscamente, el día del golpe tuvieron que pasar de la actividad creativa y productiva a la reclusión pasiva... Mantenidos en estas condiciones por meses algunos de ellos presentaron estados de angustia severos, con intensa ansiedad... Otros presentaban estados depresivos... Otros (se habituaban a una nueva cotidianeidad), estos eran cada vez más numerosos a medida que se aprendía a vivir así ... El tipo más frecuente de clandestinidad asumida fue la clandestinidad abierta... (Aquí, la necesaria) mimetización exigía un estado de alerta constante. Reconocer el menor signo de anormalidad que apuntase a peligro llevaba en muchas oportunidades a interpretar hechos banales, casuales, como si fueran de real riesgo. Reprimir reacciones de repudio frente a hechos arbitrarios de violación flagrante, (cuidarse de las) propias emociones, aceptar pasivamente opiniones con que no se concordaba, conducía a veces, a pesar del fuerte autocontrol, a tener reacciones incontenibles de explosividad, consecuencia de la ira impotente, que debían desahogarse en secreto... (vimos en algunos compañeros) reacción vivencial angustiada, enfermedad psico-somática, estado neurótico, psicosis reactiva, consecuencia de llevar una vida 'clandestina abierta'... Enfrentar su tratamiento nos obligó dilucidar en la práctica diaria los mecanismos favorecedores o entorpecedores del quehacer clandestino...<sup>495</sup>.

Las autoras plantean sobre la tortura:

"... fue en la consulta donde... nos tocó enfrentarnos a la evidencia de tortura física y psicológica practicada en forma masiva por el estado chileno. Con incredulidad escuchamos los primeros relatos de los síntomas propios de una lesión de columna vertebral en ex-prisioneros políticos que nos contaban que habían permanecido colgados, por horas o días de pies y manos... Con objetividad el examen neurológico confirmaba la veracidad de estos relatos... En la mayoría de los ex-prisioneros existía pudor al mostrar sus secuelas de tortura y nuestro examen era cohibido. No nos atrevíamos a hacer preguntas y los largos silencios eran difíciles de llenar. Debido a nuestro sentimiento de incapacidad de conducir adecuadamente la reacción angustiada que acompañaba a la rememoración de sus experiencias, teníamos miedo a desentrañar los pormenores de esos momentos en que habían estado tan cerca de la muerte... Esta praxis médica nos mostraba nue-



vos mecanismos capaces de producir enfermedad, cuadros patológicos cuya configuración era diferente de la de los síndromes descritos clásicamente y (hacía evidente) la ineficacia de nuestra terapéutica para resolverlos... (esto) nos llevó a intentar desentrañar todas esas interrogantes hasta su último detalle. Y ya nunca más nuestro examen sería parco, inhibido. Tenía que ser franco, directo, comprometido... En esa época, empezamos a hacer un estudio detallado, a anotar todos los elementos que nos parecían importantes, a efectuar los exámenes complementarios que permitieran confirmar o descartar nuestros diagnósticos. Todo ese material en el que se esbozaban los primeros elementos de una metodología clínica, quedó inconcluso luego de un año de trabajo en Chile, al ser nosotras mismas detenidas y encarceladas<sup>96</sup>.

#### *d) Denuncia de trasgresiones a la ética y sus consecuencias*

Debe constatarse que, incluso después del retorno a la democracia parlamentaria, la presión e influencia totalitaria no ha desaparecido del escenario político y, con atentados de garantizada eficiencia e impunidad, mantiene presencia de terror en las mentes de quienes vivieron bajo su égida. En este marco existencial concitan gran relevancia gestos de oposición al silencio impuesto por la violencia organizada tales como el siguiente:

"... (al Dr. XX) lo denuncié ante las autoridades del hospital y después ante la Comisión; fui uno de los testigos del juicio a los comandantes. Eso me valió de que me pusieran una bomba en la casa y me volaran todo el frente. Mis hijos se salvaron, yo dormía arriba, pero el dormitorio de al lado quedó destruido. Eso además de ser una (carga pesada) para mi, fue un golpe muy fuerte para mi familia, para mis hijos; sobretodo los más chicos. Dos varones y una nena. Tenían tres, cinco y siete años. Inclusive uno todavía tiene un corte de los vidrios de la explosión en la cara. Mi hija por ejemplo todavía tiene temores nocturnos. (Pregunta: ¿La denuncia de esos hechos, fue una práctica común en su área de labores?) R.: No, no fue tal la resultante (de estas experiencias), y tanto es así que en ese día había una guardia de, en total, 15 profesionales y ninguno prestó declaraciones a la Comisión; inclusive la partera que estuvo trabajando conmigo, tampoco prestó declaraciones, llamada por la Comisión, dijo que no recordaba nada y el fiscal de turno le dijo si le parecía común un hecho que llegara una detenida y que se la llevaran y no lo recordara, no contestó. (Pregunta: ¿Cuál fue la actitud de su esposa frente a estos hechos?) R.: Mi esposa estaba totalmente de acuerdo con mi actitud, aún después de la bomba... podía haber (manifestado) un tono de crítica: 'para qué declaraste eso', si no que (ella) convalidó el hecho ético, de lo que se tenía que decir y se dijo..."<sup>97</sup>.



Como se puede observar en este subcapítulo, en las situaciones estudiadas hubo también actitudes de resistencia activa y cotidiana de parte de los profesionales de la salud. En el curso de nuestra estadía de campo tuvimos oportunidad de entrevistar a varios representantes de esta forma de proceder, a los que, protegiendo su anonimato, citaremos regularmente en la relación de la parte empírica de esta investigación.

## 6. SUMARIOS Y JUICIOS INTERNOS DE LAS ORGANIZACIONES MÉDICAS. LAS CONDICIONES DE AMNISTÍA LEGAL.

Aunque hasta ahora en los tres países no ha habido una actitud homogénea del poder judicial para definir en forma legal responsabilidades personales de quienes participaron institucionalmente en actos de tortura, asesinato o desaparición; es digno de destacar que los gremios médicos han demarcado límites de la ética profesional bajo la dictadura militar.

Con claridad incuestionable las asociaciones gremiales de dos países han manifestado que la actividad médica de apoyo al aparato represivo del estado no puede ser considerada como regular bajo circunstancia alguna. El juicio ético *inter pares* ha tenido en los tres países una fuerte resonancia en la opinión pública.

En Argentina se llegó muy pronto al límite en las gestiones judiciales contra los responsables de delitos de lesa humanidad. Tras la publicación del libro "Nunca más" y una vez terminado el juicio contra los generales del "Proceso", hubo una fuerte reacción militar, la que condujo a concesiones paulatinas en el trato a los inculcados. Dos cuerpos de ley, la de *punto final* (diciembre de 1986) y de *obediencia debida* (Julio 1987) calmaron los ánimos militares y redujeron substancialmente las posibilidades de intervención judicial en contra de los responsables de violaciones a los derechos humanos. Aunque no sea éste el lugar más adecuado para reflexionar sobre los efectos de este proceder de sectores políticos argentinos para el devenir social y cultural de esa nación, sin embargo, adherimos a la opinión de H. Kelman y V. Lee Hamilton:

"Es posible que la ley de 'obediencia debida' haya salvado a la democracia argentina de otro golpe militar. Al hacerlo, sin embargo, estableció el supuesto de que nadie, excepto los oficiales militares de alto rango, tiene otra posibilidad que cumplir órdenes superiores, aún cuando estas órdenes impliquen tortura y muerte"<sup>98</sup>.

Tanto mayor relieve adquiere así la decisión de luchar contra el lugar común de subordinación jerárquica, de parte de un grupo de profesionales de la salud, quienes el 3 de diciembre de 1987, dieron curso a un Tribunal Ético de la Salud contra la Impunidad en la ciudad de Buenos Aires, en base a la moción de Bertrand Russell:

“No representamos ningún poder del Estado sin que nos liguen razones de Estado u otras obligaciones semejantes, ni disponemos de medios para obligar a los responsables de la política que origina los crímenes cometidos, a comparecer ante nosotros en el banco de los acusados... Nos es imposible sentar sentencias ejecutorias. Creo que estas limitaciones son en verdad virtudes. Tenemos libertad para iniciar un procedimiento solemne e histórico sin que nos liguen razones de Estado u otras obligaciones semejantes”

En ese Tribunal se juzgó *in absentia* a tres médicos, reconocidos por muchos ex-prisioneros como responsables directos de actos de tortura, raptos de niños e incluso asesinatos.

La Dra. Diana Kordon, como fiscal, basó su argumentación en los códigos de ética vigentes, entre otras referencias manifestó:

“El artículo primero del Código de Ética, ratificado por la Confederación Médica de la República Argentina en 1955 dice textualmente: ‘En toda actuación, el médico cuidará de sus enfermos ateniéndose a su condición humana. No utilizará sus conocimientos médicos contra las leyes de la humanidad...’”

Y fundamentó su acusación sobre testimonios de personas afectadas por el terrorismo de estado y que estuvieron en directa relación con los médicos impugnados (comp. relaciones de Dr. Liwski y Dr. Blanco más arriba):

“La metodología represiva necesitaba para su implementación de la participación de médicos. Estos evaluaban los niveles de resistencia de los prisioneros a los tormentos. Dirigían y controlaban la prolongación del sufrimiento, a fin de poder obtener el máximo de información. Siniestra tarea la de estos profesionales, dosificar la tortura, ser parte de la tortura. Y también participaban en el robo de niños secuestrados y nacidos en cautiverio, a través de asistencia a las detenidas-desaparecidas parturientas y de los falsos certificados que existían...”<sup>99</sup>.

La Dra. Kordon resumió la situación de los tres principales inculpados, desde la perspectiva formal de la justicia argentina, en los siguientes términos:

–Coronel Médico Julio Ricardo Esteves. Jefe del Centro Clandestino de Detención del Hospital Posadas. Desprocesado por ley de obediencia debida.

–Médico Policial Jorge Antonio Bergés, de actuación en los Centros Clandestinos de Detención: Pozo de Banfield, Pozo de Quilems y Brigada de Detenciones de la Plata. Condenado por la Cámara Federal por aplicación de tormentos... (en condiciones de) impunidad... ley de obediencia debida.

–Héctor Jorge Vidal. Médico Forense de la Brigada de San Justo y Médico del Hospital Infantil de Laferrere. Firmó partidas de nacimiento de niños nacidos en



cautiverio. También hay pruebas de que fraguó la identidad de otros niños secuestrados con sus padres<sup>100</sup>.

El Tribunal, por unanimidad, declaró a los inculpados responsables de faltas gravísimas a la ética profesional y de crímenes de lesa humanidad. En su resolución final solicitó a las universidades, comunidad académica, colegios médicos, instituciones de la salud y comunidad que negaran a los médicos condenados el acceso a toda índole de actividades docentes, de investigación y de labores médicas.

El efecto que tuvo esta iniciativa puede apreciarse en términos directos a través del fuerte interés despertado en el país y en el extranjero así como por la reacción violenta que provocó por parte de los círculos impugnados (varios miembros del Tribunal han sido agredidos físicamente) e indirectamente porque significó un hito de referencia ética para definir las actividades profesionales en el contexto del silencio y olvido por decreto.

Sobre este aspecto relata el Dr. D. Lagos:

“... en un hospital psiquiátrico estatal de la Ciudad de Buenos Aires, las autoridades ordenaron a los profesionales prestar atención psiquiátrica a personas que habían estado implicadas en la tortura. Avalaban esta indicación en las leyes de punto final y de obediencia debida que los había desinculpado. Esta indicación se contraponía con la posición ética del grupo profesional que se negó a prestar dicha asistencia<sup>101</sup>.”

El Colegio Médico de Chile (CMC), tiene un fundamento de larga tradición en colegiatura profesional y cuenta con estatutos de referencia jurídica que habían sido derogados en 1973 por la dictadura militar. Sin embargo y poco después de las primeras elecciones gremiales no intervenidas por el gobierno militar, empezó a desarrollar en 1983 actividades para aclarar conflictos éticos relacionados con la represión política. Las gestiones de su Comité de Ética concitaron una gran atención porque no esta entidad no vaciló en llamar a juicio interno a colaboradores médicos del aparato represivo de la dictadura. Con esto cumplía una función de juzgado paralelo que, por su sola presencia, ponía de manifiesto la ceguera de la justicia ordinaria sobre esta temática y emplazaba al sistema represivo en base a casos y cargos concretos.

En su declaración frente al Congreso de los EE.UU., el 16-V-1984, los representantes del CMC se refirieron a la tortura como sigue:

“Nuestra visión del problema de la tortura nos señala que el hecho de que existan torturadores y que persistan en su ‘trabajo’ en el tiempo y se institucionalicen es un índice claro que esta sociedad está enferma. Fácil sería situar el problema sólo en los torturadores como seres depravados y sicopáticos. Esta es una forma fóbica de liberar la culpa social que el problema entraña... En este contexto determina-



mos lo que es la posición ética del CMC ante la tortura... Observamos que la tortura ha sido instrumento usado por la autoridad durante estos 10 años en Chile... El CMC, como contribución importante contra la participación de médicos en procedimiento crueles inhumanos y degradantes, incorporó a su Código de Ética un artículo especial, prohibiendo la participación directa o indirecta de médicos en éstos. Esta actitud de denuncia de la tortura permitió iniciar investigaciones de médicos partícipes en procedimientos inhumanos y degradantes..."<sup>102</sup>.

Con una trayectoria definida así, no extraña que en el período 1983-89 los miembros de la directiva del CMC fueran motivo también de persecución directa por parte del gobierno militar e internados como presos políticos por períodos de hasta varios meses<sup>103</sup>.

El fiscal del Comité de Ética, ya abocado a juicios contra médicos infractores, hace algunas consideraciones públicas en relación al caso de un médico implicado en la tortura:

"...me encontré convertido en el Fiscal del primer proceso instruido por nuestro Colegio para establecer qué participación le cabía a un médico en la tortura... No es inusual que un chileno, incluso un médico, se plantee la posibilidad de vivir la experiencia de la tortura, es más, alguno de mis amigos, desdichadamente han tenido que pasar por ella, más de uno no logró sobrevivir, pero plantearse la posibilidad de investigarla y establecer responsabilidades era para mí una posibilidad remota... La primera preocupación, ¿cómo ser objetivo?, ¿cómo no prejuzgar? en uno u otro sentido... queríamos establecer simplemente la verdad, al precio que fuera... (Una) lección recibimos de María de los Angeles cuando, al asistir a declarar, nos señaló que ella no venía aquí para conseguir que se castigara a un culpable, sino para tratar de que no hubiera más tortura en Chile..."<sup>104</sup>.

En estas gestiones de clara competencia jurídica, hubo un alto grado de consistencia legal para incoar juicios que se basaban en el principio de confirmación fiscal de las acusaciones pertinentes antes de iniciar una querrela formal. El inculgado tomaba conocimiento de las acusaciones y, él mismo o su abogado, podía manifestarse sobre ellas antes de que se iniciara cualquier actividad sumaria oficial<sup>105</sup>.

Esta actitud de responsabilidad para enjuiciar a sus pares, durante una época en que generalmente la justicia ordinaria se declaraba incompetente, se definió en la práctica de la manera siguiente:

"El Departamento de Ética a menudo se ha visto frente a dificultades en la obtención de información acerca de presuntos torturadores y sus cómplices, cuya capacidad de ocultamiento de la tortura es tan grande como su capacidad de intimidar a los torturados... creemos firmemente que es esencial analizar los hechos de

una manera seria y reflexiva. De lo contrario corremos el riesgo de acusar erróneamente a un colega con lo que podríamos dañar no solamente su carrera sino también la credibilidad del CMCH. *Nuestra tarea no es la de acusar o perseguir; solo deseamos que prevalezcan las normas éticas.* Por consiguiente, antes de iniciar una investigación llevamos a cabo una estricta revisión de todos los elementos probatorios disponibles. Si el material está incompleto o es cuestionable, esperamos la presentación de informaciones más detalladas antes de continuar con la investigación... hemos ya suspendido o expulsado a seis afiliados por su complicidad en la tortura y los casos de varios otros médicos están pendientes de investigación. Creemos que estas investigaciones y subsiguientes medidas disciplinarias revisten significación *cuando se compara con la incapacidad, y en algunos casos renuencia, para procesar a los responsables de la tortura y maltrato de los detenidos*" (cursivas en el original, H.R.)<sup>106</sup>.

Esto tropieza en la imputación de cargos con problemas inherentes a la concepción de sí mismos que tienen los médicos bajo condiciones especiales:

"Ante una interrogante específica acerca de la corrección ética de examinar detenidos en un recinto secreto de la CNI, Perez Castro contesta que no puede dar su opinión. Es médico del ejército y se ciñe estrictamente a la disciplina militar, según la cual una orden debe cumplirse y si se tiene alguna observación, esta debe presentarse después de cumplida la orden"<sup>107</sup>.

En sus labores como secretario general del Colegio Médico de Chile, el Dr. Fernando Rivas pudo seguir muy de cerca los avatares de la ética profesional bajo la égida militar en su país. En su ponencia ante una reunión internacional sobre "Los médicos, la ética y la tortura" en Copenhague, 1986, él manifestó:

"Durante la dictadura, más de 80 médicos han participado, directa o indirectamente, en maltratos, humillación o tortura; la gran mayoría de ellos pertenecían a las fuerzas armadas y estaban adcriptos a los organismos de seguridad"<sup>108</sup>.

En base a sus experiencias en el enjuiciamiento de colegas infractores a la ética profesional, el Dr. Rivas realizó una sistematización de los acontecimientos de mayor relevancia ética.<sup>109</sup> De este estudio extrajimos las siguientes informaciones:

"Entonces ocurrió el hecho insólito que permitió la primera investigación y sanción de un médico involucrado en hechos atentatorios contra los derechos humanos al mismo tiempo que allanó el camino para continuar conociendo e investigando otros casos... La Intendencia Regional de la Sexta Región, cuya capital es la ciudad de Rancagua inició un juicio y presentó una acusación contra siete personas, entre las cuales se encontraba María por infracción a la ley de seguridad interior del estado. Este proceso comenzó el 5 de abril de 1982 y fue instruido por



el juez don Juan Rivas... El documento que presenta la defensa de María, por entonces estaba declarada reo, y en que se alega la inocencia de los cargos que se le imputan y solicita se le declare inocente (cual fue el resultado de este juicio, H.R.), pide que se identifique y se cite al médico que, como afirma la acusada, concurrió a examinarla antes, durante y después de su detención en los cuarteles secretos de la CNI... Al contrario de lo que entonces ocurría normalmente en la administración de la justicia, el juez pide dicha información al citado organismo de seguridad y éste, contraviniendo todo lo obrado en esta materia en los años anteriores, identifica al médico con nombre y grado... Y señala que éste es el doctor Carlos Hernán Pérez Castro, Mayor de ejército... Por primera vez en nueve años de dictadura se conoce el nombre de un médico colaborador de los servicios de seguridad... El Departamento de Ética sugirió al Consejo General del Colegio Médico instruir un Sumario en Única Instancia... (el que se inicia el 22 de septiembre de 1982, H.R.) y el 26 de marzo de 1983, vista la denuncia en contra del doctor Pérez Castro, sus propias declaraciones, los testimonios prestados en la investigación del caso, como todos los documentos que los prueban, el fiscal resuelve formularle dos cargos graves, constitutivos de infracciones a la ética profesional... El primero de ellos es haber examinado a María en un lugar secreto de detención, dando con esto una apariencia de normalidad al proceso de maltrato físico, síquico y moral, lo que constituye, de hecho, un apoyo a la práctica de la tortura y una forma de proveer medios para facilitarla... El segundo, haber establecido en la breve ficha clínica de egreso que la detenida se encontraba en buenas condiciones, en circunstancias que ella tenía, por lo menos, una quemadura en su cara... Estos cargos le son comunicados al doctor Pérez Castro informándosele además que tiene el expediente del sumario a su disposición o a la del abogado que él asigne con el objeto de hacer los descargos que estime necesario... El doctor Pérez Castro hace llegar posteriormente sus descargos contenidos en un documento notarial de 36 páginas firmado por el abogado señor Tulio Días Trincado... En ellos reconoce haber examinado a la detenida antes y después de su ingreso por orden superior, pero que ello no contraviene la letra de ningún código de ética médica y que lo hizo porque considera que ello es garantía para quien va a ser interrogado por sus aprehensores... Niega haberla visto en el período que medió entre las dos atenciones y manifiesta no tener ningún conocimiento de que María haya sido torturada o maltratada... Finalmente alega que acudió a examinar a la detenida al momento en que ella ingresaba a un interrogatorio y al momento de salir de él y que de haber sabido que iba a ser torturada no lo habría hecho... Y el doctor Pérez Castro protesta en el documento entregado, porque se le pretenda sancionar por prohibiciones contenidas en un código de ética aprobado en 1983, en circunstancias de que los hechos que motivaron el sumario había ocurrido antes, en abril de 1982 y que por lo tanto la única preocupación



ética exigible en esos momentos era la de no otorgar certificaciones falsas... El Consejo General... lo suspende por un año de su calidad de asociado (del Colegio Médico de Chile)... Dado que la profesión puede ejercerse sin estar afiliado en el Colegio, esta sanción tiene un carácter estrictamente moral... El doctor Pérez Castro no apela"<sup>110</sup>.

Desde 1983 hasta la fecha, se han dado curso a un gran número de gestiones parajudiciales, cuestionando la participación de médicos en labores represivas. De ellas sólo han sido dadas a conocimiento público aquellas en las que se demuestra sin lugar a dudas la responsabilidad directa del médico inculpado.

Esta actitud ecuánime frente a presuntos trasgresores a la ética profesional, pero también virtuales participantes activos en delitos contra la humanidad, no ha provocado sólo simpatías en una sociedad aún convulsionada por la violencia organizada de casi dos décadas; sociedad que necesita tanto de puntos de referencia para reestructurar su sentido de justicia, como tener certeza de que los crímenes cometidos en su seno serán purgados y los culpables citados a proceso legal<sup>111</sup>.

En Uruguay hubo un desarrollo similar dentro de las dos organizaciones gremiales médicas, la Federación Médica del Interior y el Sindicato Médico del Uruguay. Con ímpetus de largo aliento rememora G. Martirena el momento gestor de la Comisión Nacional de Ética Médica:

“Aunque ello afrente a la Medicina Uruguaya, es un hecho histórico e irrefutable que hubo médicos militares que participaron activa o pasivamente en la tortura de los presos políticos, o que al servicio de sus mandantes violaron normas éticas que debieron respetar. Existe además una responsabilidad colectiva de omisión de denuncia por parte de los médicos militares,... al pertenecer a una institución... ejecutora de prácticas atentatorias contra los Derechos Humanos, en un grado de generalización y con tal fuerza de evidencia que ninguno pudo desconocer... Ante estos hechos, en el mes de julio de 1984 –vigente aún la dictadura en Uruguay– (tuvo lugar) la VII Convención Médica Nacional... En su seno, y ante la presencia de médicos militares, se hizo pública, una vez más, la denuncia de la tortura sistemática que sufrían los Presos Políticos, así como la violación de los Derechos Humanos por parte del gobierno dictatorial... se creó, por unanimidad de los médicos delegados, la Comisión Nacional de Ética Médica<sup>112</sup>.

A poco de iniciarse las actividades de esta comisión hubo una resolución de gobierno, firmada por el entonces ministro de Defensa Nacional, médico Dr. Justo M. Alonso Leguísamo, –trocando el concepto de Comisión por el de Tribunales– en los términos siguientes:

“1o. Prohíbese la concurrencia de los Médicos Militares a efectuar cualquier tipo de declaraciones ante los Tribunales Éticos creados por la VII Convención Médica

Nacional, debiendo mantener informado al Superior de cualquier situación de tal especie que se presente.

2o. Publíquese, comuníquese al Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas y archívese"<sup>113</sup>.

A pesar de tal prohibición, los tribunales éticos pudieron realizar una labor esclarecedora de gran magnitud y poner de manifiesto diversas trasgresiones a la ética profesional en base a denuncias confirmadas por la investigación subsecuente<sup>114</sup>:

Uno de los casos, el del Dr. Mautone, tratado por la Comisión de Ética y disponible sólo en los archivos de sus labores, se extiende sobre la alianza entre profesionales de la salud y militares durante el "estado de excepción" y, por su carácter ejemplar, es interesante de seguir en la parte relativa a la acusación que hace la Comisión:

"No estamos frente al joven médico militar, necesitado de su cargo para vivir, que tiene sospechas de que en el recinto castrense donde desempeña sus tareas se tortura a detenidos, estamos frente (al) Director del Departamento de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina, ante un jefe de la misma disciplina en las Fuerzas Armadas..., que verificó científicamente la etiología de las muertes, la existencia de gravísimas torturas, individualizó a las víctimas –y pese a ello– continuó impertérrito en el cumplimiento de tan repudiables funciones, expidiendo certificados tan ambiguos como encubridores... Su conducta... de infracción ética por demás común en época de la dictadura: ocultar evidencias de tortura, o en general, encubrirlas..."<sup>115</sup>.

Sin embargo, entre los médicos militares no existió sólo la subordinación ciega a los principios de obediencia. El Dr. J. Burjel se autoconminó a declarar ante la Comisión de Ética Médica y Conducta Universitaria para aclarar denuncias presentadas en forma anónima en su contra:

"Quiero decir que ingresé a trabajar en Sanidad Militar en el año 1960... hasta mi retiro... 1985. También quiero decir que en el año 1972 cuando se produjeron detenciones masivas en Paysandú, de personas que pertenecían al MNL, yo me planteé la situación de quedarme o irme, porque era una situación nueva para quienes desempeñábamos funciones como médicos en Unidades Militares. Realicé diversas consultas con familiares, con colegas y otras personas y evalué personalmente la situación, llegando a la conclusión de que debía quedarme,... quiero dejar bien claro que estoy y estuve absolutamente en contra de la Ley de Seguridad Nacional, esta ley que se fue internalizando en las Fuerzas Armadas y sirvió para justificar cualquier tipo de hechos,... (al examinar detenidos) en todos los casos dejé constancia de mi puño y letra de la situación en que se encontraba el



detenido y si evidenciaba malos tratos o torturas (pp.14 y 15)... Cuando me retiraron del ejército, me retiraron como traidor, pero nunca lo fui, nunca los traicioné, pero tampoco traicioné a (los) detenidos (p. 5).”

La Comisión se manifestó positivamente frente a sus descargos y destacó su “comportamiento ético al enfrentar con una valerosa actitud la investigación que debió hacerse durante el gobierno de facto por la muerte del Dr. Vladimir Roslik”<sup>116</sup>.

También otros médicos militares han recurrido a las Comisiones de Ética o a juzgados civiles para dilucidar públicamente la responsabilidad que hubieran podido tener como funcionarios de un régimen que atentó contra los derechos humanos<sup>117</sup>.

Gran resonancia pública tuvo el juicio por autoconvocatoria, en torno a la situación del Dr. Martín Gutiérrez, psiquiatra de cuestionada actuación durante la dictadura en el Penal Libertad, el cual fue exonerado de virtuales delitos durante ese período<sup>118</sup>.

En un país como pequeño como el Uruguay en donde la anonimidad de las grandes urbes es apenas una referencia literaria, parece ser importante para la autoimagen de médico íntegro y respetuoso de los valores culturales, demostrar que no se es cuestionable judicialmente, incluso después de proclamada la ley que caduca la “intención punitiva del estado” frente a los crímenes ocurridos bajo la dictadura militar.

Considerando el poder fáctico de ciertas tendencias renuentes a cualquier forma de cuestionamiento de la época dictatorial en los tres países, se puede afirmar que las acciones de los gremios y entidades médicas han sido señeras en el ámbito social y cultural, pero adolecen de falta de emulación en otros círculos gremiales y, especialmente, en el aparato judicial. Esto no es materia de responsabilidad de los médicos en los tres países, sino que pone de manifiesto con mayor agudeza la debilidad del sostén ético en el nuevo orden de cosas.

## 7. A MODO DE EPÍLOGO:

### ACTITUDES FRENTE A NUEVOS TEMAS DE CONFLICTO ÉTICO-MÉDICOS

Debido a que consideramos que la época dictatorial, además de su dimensión de terror y de la creación consecuente de situaciones límites, significó también un cuestionamiento en todas las áreas del quehacer social; nos parece que de esa época surgieron, o se han hecho evidentes, nuevos desafíos para la ética profesional.

Es posible postular que desde ese período se acentúa la sensibilidad profesional frente a conflictos éticos. En el curso de este subcapítulo deseamos bosquejar algunas de estas áreas en las que la ética profesional se enfrenta a situaciones hasta ahora no maduras culturalmente y para las cuales no siempre es posible encontrar solu-



ciones de absoluta certeza. También nos parece importante considerar la experiencia de represión vivida por muchos médicos para acentuar la sensibilidad frente a las condiciones de vida, por ejemplo, de personas encarceladas por cualquier razón.

#### *a) Ex-torturadores y su virtual tratamiento psicoterapéutico*

Si bien en una guerra regular no es motivo de disgresiones morales si un médico militar debe o no atender a un herido, miembro del ejército enemigo; en la situación inédita, creada por las dictaduras militares en los tres países, la atención psicoterapéutica de participantes activos en la tortura constituye un tema de alta controversia.

Para el caso argentino, y en una época anterior al "Proceso", L. Bonaparte hace una descripción sistemática de la interacción habida durante una psicoterapia con un médico que había sido torturador:

"A principios de 1973 tuvieron efecto las primeras sesiones. El paciente había sido enviado por una colega quien lo había descrito como 'hombre, médico de 50 años, casado con tres hijos y que tenía mucha conciencia de su sufrimiento y de lo que estaba haciendo sufrir a su gente. La actual crisis tiene connotaciones de gran agresividad, con marcadas características persecutorias, y coincide con el ingreso del hijo mayor a la Universidad'... La historia de este hombre parecía la de un hombre común, salvo que cuando tenía 24 años había sido médico de la policía. Hacía de esto 26 años y no era secreto para nadie que la policía tenía una sección dedicada a la tortura... El paciente efectivamente había participado en la tortura y en otras actividades parapoliciales siendo médico recién recibido... Parece consistente la tesis de que la problemática del paciente tiene relación con el nuevo status como estudiante del su hijo mayor: Su hijo es un estudiante y son muchos los estudiantes que pasaron por la camilla de la tortura... El hijo se transforma en alguien que resucita no ya su pasado sino que es también la víctima resucitada que puede acusarlo... (Así, pues) la terapeuta descubre, después de dos años y medio de tratamiento, que su compromiso profesional descansaba sobre un equívoco: había elegido atender a un paciente, cualquiera fuese su patología y repentinamente se encontraba ante un torturador... Efectivamente, a esta altura expone con absoluta claridad su participación activa como torturador y agente de distintos hechos represivos propiciados por el gobierno de turno.. La terapeuta comprueba que ha sido entrampada en una situación insoluble. Sea cualquiera la motivación por la cual el paciente cuenta su verdad, ésta ha quedado condenada a una situación de complicidad a partir del secreto que su práctica profesional le impone... Este historial pertenece a lo que podríamos caracterizar como la época 'artesanal' dentro de este siniestro campo..."<sup>119</sup>.

D. Lagos, poco después de la vuelta a la democracia en la Argentina, se expla-

ya sobre la historia clínica más reciente de un ex-torturador. Se trata de un paciente con síndrome depresivo y persecutorio, de múltiples internaciones neuropsiquiátricas en Buenos Aires y tratamientos con psicofármacos y psicoterapia individual durante ocho años (1978-86). En 1986 se decidió realizar con él una psicoterapia de apoyo en pareja. En la primera sesión con el paciente, el médico destacado para realizarla tomó conocimiento de que el paciente había participado activamente en la represión y que se sentía acosado por sus actos anteriores. Sin embargo, al revisar la historia clínica, constató que hasta ahora nadie había documentado ese aspecto realmente importante de la vida del paciente, al parecer con cada nuevo psicoterapeuta se había renovado una especie de pacto de silencio sobre su actividad como torturador y, por consiguiente, eso no se había tematizado en la psicoterapia. Esto coincidía con la actitud del paciente hacia el terapeuta ya que esperaba que éste sólo hiciera desaparecer los síntomas. El médico no asumió esta actitud, sino que al contrario planteó como básico:

\* Aclarar el significado social y personal de los actos cometidos.

\* Hablar acerca de historias secretas con la pareja.

Sin un trato directo de estos dos temas, no sería procedente realizar la psicoterapia. Al parecer, el paciente no aceptó esta propuesta, ya que la psicoterapia fue interrumpida.

D. Lagos hace algunas reflexiones sobre la actitud de otros terapeutas quienes, según él, al entrar en el pacto de silencio se harían cómplices del ex-torturador, sustentando sus esfuerzos de "anular los síntomas" e incluso lo exculparían tácitamente, al mantenerlo en el rol de enfermo sin hacer referencia en la historia clínica a tales elementos básicos de su biografía y psicopatología<sup>120</sup>.

Relativo a la situación chilena, E. Pérez A. hace una descripción casuística de la consulta psiquiátrica dada por él a cinco ex-funcionarios militares y policiales que habían participado en apremios ilegítimos a prisioneros de la dictadura militar. Como preámbulo esboza las características del sistema autoritario de poder, del sujeto torturador, su entrenamiento y preparación como tal:

"Más que psicópatas, estos individuos son ciudadanos obedientes, tipos corrientes que han realizado adecuadamente el aprendizaje de su rol... El aprendizaje del rol es paulatino y gradual tanto en lo ideológico como en lo práctico... El 'otro', el reprimido, el torturado, el maltratado, se ve como un objeto y no como un semejante, perdiéndose el límite entre 'lo que se debe hacer' y 'lo que se puede hacer'..."

En el curso de las cinco historias clínicas logra establecer una relación causal entre la participación en torturas y el desarrollo psicopatológico específico, sin embargo, no se exhibe en el tratamiento considerado como oportuno en la situación particular de cada uno de los consultantes. Al final de su análisis plantea dos preguntas de gran relevancia:



“¿Se debe atender a un torturador si precisa atención, o si la solicita sabiéndose de antemano que torturó?”

O bien ¿Se le debe seguir atendiendo una vez que conocemos las funciones que desempeñaba?”

Definiendo su propia posición frente a esta problemática de la siguiente manera:

“Lo fundamental es colocarse ante el paciente en la que creemos es la posición correcta: ni de manera neutra e imparcial, ni menos al lado de él. Se le debe ayudar pero haciendo énfasis en el hecho de que consideramos que es una persona que necesita rehabilitarse y que si en última instancia busca expiación de culpas y perdón, esto dependerá del grupo social, y sobre todo de los afectados por su proceder. Debe saber que cuenta con nuestra ayuda ‘técnica’, pero en ningún momento estamos o vamos a estar nunca de acuerdo con sus actos, métodos ni pensamientos... Los sujetos entrenados para ejercer la violencia y el abuso de poder, con cierta facilidad llegan a sentirse por sobre la ley, casi ‘más allá del bien y del mal’. Pero como han sido educados con ciertos principios éticos básicos, generales a la sociedad a la cual pertenecen, las contradicciones aparecerán tarde o temprano, y si no es así ¿porqué ocultan en qué trabajan? o ¿porqué relatan su labor con sentimientos de vergüenza y de autoculpabilidad?...”

El autor inicia una discusión fundamental en el área de la psicoterapia, proponiendo como meta terapéutica para los ex-torturadores, quizá en forma demasiado global, la gestación en ellos de unas bases de conciencia de culpa dirigida tanto hacia la sociedad que los ha creado como hacia la propia autoestima<sup>121</sup>.

Sobre Uruguay hacemos referencia a la entrevista realizada a un joven colega, en la cual él hace hincapié en su actitud de servicio y de neutralidad frente a los daños provocados por la represión política, “en uno u otro bando”<sup>122</sup>.

### *b) Médicos y pena de muerte:*

La participación activa de médicos en la pena de muerte es de gran actualidad en tanto que se puede considerar la inyección mortífera como una forma “más depurada, incluso aséptica” de ejecución. El Colegio Médico de Chile manifestó su oposición a cualquier tentativa de poner a médicos en estas funciones en un país que mantiene la pena de muerte en su Código Civil.

Para la necesaria reflexión sobre el tema sirvió de ejemplo la negativa del Dr. Start de los EE.UU. a administrar la inyección intravenosa y consumir la pena de muerte en un condenado del Estado de Oklahoma. Esto condujo a una intensa discusión sobre ética profesional (el juramento hipocrático prohíbe administrar sustancias que causen daño o mortales) y las funciones de médicos de prisiones.



La Asociación Médica Norteamericana aprobó en 1982 una declaración en el sentido que un médico no puede participar en las ejecuciones. La discusión fue terminada en tanto que la autoridad estatal determinó que las inyecciones fueran dadas por personas que no tuvieran la calidad de médicos.

Seguramente, debido a esta decidida actitud del CMC, no prosperaron iniciativas de "importar" la forma de ejecutar por inyección mortal de EEUU a un país que ha estado a menudo a la vanguardia de hacer suyos tales avances de la cultura occidental.

### *c) Médicos y huelga de Hambre:*

La actividad profesional y el conflicto ético del equipo sanitario de apoyo a los participantes en huelga de hambre han sido temas centrales de la discusión sobre el tema en el ámbito uruguayo. M. de Pena, M. Jaúregui y G. Mesa realizan un análisis circunstanciado de sus experiencias en esa área de actividades médicas por más de 25 años:

"En la práctica médica habitual, el asistido está presumiblemente enfermo o en riesgo de serlo y desea recuperar su salud o prevenir la enfermedad. En este caso, los intereses son coincidentes con el equipo técnico... En el caso de huelga de hambre, los participantes se suponen sanos y están dispuestos a poner en riesgo su salud hasta la muerte inclusive, por un fin que está fuera de él y que no se relaciona con su salud. Sus intereses son, en principio, antagónicos a los del equipo sanitario... Desconocer el enfrentamiento entre dos 'deberes' igualmente válidos para cada uno de los grupos en juego, puede determinar el fracaso de la gestión sanitaria"<sup>123</sup>.

Ellos enumeran posibles errores en la interacción entre personal sanitario y participantes de la huelga de hambre:

"... adhesión acrítica a la medida ('tener la camiseta puesta' de los huelguistas); no creer en la eficacia de la medida (accionar exclusivamente técnico); interés exclusivo en adquirir un nuevo conocimiento; rigidez y omnipotencia (actitud paternalista)... La supervisión de una huelga de hambre 'reglada' es un acto de prevención de salud en la medida que la responsabilidad del grupo técnico es asegurar que los participantes emerjan de la huelga con el menor daño posible"

En sus ensayos discuten las experiencias propias a la luz de las declaraciones de la Asociación Médica Mundial (AMM, 1991) sobre huelga de hambre y amplían la percepción sistemática a los conflictos que se producen tanto en el área psiquiátrica como en para la situación de las cárceles para concluir que el acompañamiento profesional de las huelgas de hambre no constituye una "determinación a ayudar al suicidio" (sancionada en el artículo 315 del Código Penal Uruguayo), sino que, al

contrario, es parte integral de la acción médica, en tanto que conduce a superar el "delito de omisión de asistencia" y suscriben la declaración de la A.M.M. en cuanto a:

"Es deber del médico respetar la autonomía que el paciente tiene sobre su persona. Un médico precisa del consentimiento informado de sus pacientes antes de aplicar cualquier conocimiento para ayudarlos..."<sup>124</sup>.

#### *d) Normas éticas relativas a la atención médica de detenidos*

Como ya se ha manifestado anteriormente, tanto la directiva como algunos miembros del Colegio Médico de Chile mantuvieron contactos muy estrechos con las fuerzas de oposición a la dictadura y llegaron a experimentar en carne propia las condiciones físicas de las cárceles chilenas y la arbitrariedad que a menudo impera en las relaciones entre carceleros y prisioneros<sup>125</sup>. Se inició así un proceso de sensibilización que llevó al CMC, ya en 1985, a emitir una resolución acerca del trato médico a detenidos, estipulada en los siguientes incisos:

"1.- El médico no deberá atender a una persona en las siguientes condiciones:

1.1. Si el médico está impedido de identificarse;

1.2. Si el médico se encuentra encubierto, encapuchado o bajo otra forma que impida su reconocimiento físico;

1.3. Si el paciente está con la vista vendada –salvo que sea por causa médica justificada– o bajo otra condición o artefacto destinado a impedir que el paciente pueda ver al médico;

1.4. En un sitio de detención que no sea en su casa o en lugares públicos destinados a este objeto;

1.5. En presencia de terceros que dificulten el contacto franco o alteren la relación natural entre médico y paciente.

2. El médico deberá identificarse si se lo solicita su paciente. Bajo ninguna consideración podrá negarse a dicha solicitud.

3. Ningún médico podrá participar siquiera como observador en sesiones de interrogatorios, menos aún informar a los interrogadores u otras personas relacionadas, respecto a la capacidad física o psíquica del interrogado, para soportar apremios ilegítimos. Además no podrá establecer con los detenidos relación profesional alguna que no tenga, como único fin, el beneficio del paciente.

4. Los médicos que deban realizar exámenes u otras acciones profesionales en personas detenidas, además de ceñirse a las disposiciones anteriores, deberán identificarse plenamente con el nombre completo, N° de inscripción del Colegio Médico y N° de Carnet de Identidad, con los certificados o documentos que emitan con letra clara y legible.



5. El médico deberá practicar el examen médico solamente cuando goce de la libertad necesaria para efectuarlo, emitir su diagnóstico y anotar sus observaciones.

6. Si por razones de estricta urgencia médica o bajo amenaza, apremio o compulsión un médico se ve impedido de cumplir cabalmente las disposiciones anteriores deberá, en un plazo no mayor de 5 días hábiles, informar de esta situación al Consejo Regional, el cual entregará un comprobante de su denuncia. El Colegio Médico tratará su información con absoluta reserva, si así lo solicita el denunciante<sup>126</sup>.

### *e) Hacia una legislación contra los crímenes de lesa humanidad*

Además de incluir y difundir esta reglamentación destinada a promover los derechos humanos en áreas específicas de labores médicas, en los tres países las organizaciones de médicos han dado curso a iniciativas tendientes a superar las "zonas de omisión y silencio" aún existentes en la legislación general.

Es destacable así el proyecto de ley sobre "Delitos de lesa humanidad" del Colegio de Abogados del Uruguay, en el cual se especifican en particular las áreas de dolo habituales en gobiernos de facto y se estipulan sanciones específicas para cada una de ellas, el que, si bien no ha de actuar en términos retroactivos, al ser aprobado como cuerpo de ley permite sostener la esperanza en que las experiencias bajo el terrorismo de estado pertenecen verdaderamente al pasado y los médicos, entre otros profesionales, no podrían apelar a virtual ignorancia frente a renovados ataques a la dignidad humana<sup>127</sup>.

## 8. COMENTARIOS

Sobre la base de los ejemplos de la praxis médica aquí referidos deseamos demostrar que la presentación sistemática del quehacer profesional en esa época –tanto en el área de violaciones a los derechos humanos como en las manifestaciones de oposición– puede contribuir a darle una forma concreta al tema de la praxis médica bajo dominación totalitaria. Así es posible acceder a una esfera profesional más bien obviada y entregar conocimientos específicos a la opinión pública.

En los tres países era un secreto a voces la participación de médicos en crímenes de lesa humanidad por lo que aparece así como algo extraña la actitud de algunas personas frente a estos hechos, en tanto que ellas sólo realizaban labores profesionales en "zonas de alta densidad" de violaciones a los derechos humanos.

Resulta aquí ejemplar la tentativa de autojustificación del Dr. Carlos Rivero, psiquiatra del Penal de Libertad, Uruguay:

"Yo estaba limitado a mi función, así ignoraba algunos aspectos y existían algunos



aspectos que yo deseaba ignorar... Eso no entraba en mis labores. Yo soy un médico<sup>128</sup>.

Algunos médicos militares han tenido un alto grado de responsabilidad en los delitos de lesa humanidad en esos países, mientras no se haya considerado tanto los aspectos personales como de la función que cumplían, se puede postular junto a E. Canetti:

“Es conocido que (algunos) seres humanos, al actuar bajo órdenes, son capaces de los actos más horribles. Cuando se agota la fuente autoritaria y se los obliga a reconsiderar lo que han hecho, no se reconocen a sí mismos.”<sup>129</sup>.

Sin embargo, en los países de la investigación la violencia organizada y las políticas del terror no dispusieron de un radio de acción ilimitado, sino que se vieron a menudo confrontadas a actitudes de oposición individual y gremial. Y no parece usual que los médicos reticentes —en virtud de sus principios hipocráticos— a la colaboración represiva hayan sufrido ataques o represalias de importancia. Igualmente hubo médicos militares que abdicaron de sus funciones para no entrar en colisión con sus principios éticos y políticos (véase entrevista Urug-016-Oppos en Sección Empírica de la investigación). Es más, hubo actitudes coherentes de individuos e incluso campañas de resistencia colectiva de parte de médicos aún durante la dictadura en Chile y Uruguay, enfocadas a un propósito concreto: dar a conocer a la sociedad y sancionar gremialmente las violaciones a los derechos humanos cometidas por médicos.

La acusación pública de aquellos médicos que estaban implicados en violaciones a los derechos humanos, a través de las asociaciones médicas en ambos países, concita un interés especial. En tanto que con ello se propendió a que la tortura, por ejemplo, no se considerara como un “fenómeno accidental” y/o “provocada por seres depravados o sicopáticos”, sino que se realizaran esfuerzos considerables por aclarar sin reservas los delitos de lesa humanidad con tónica médica, esto es, definir tanto las circunstancias en que ocurrieron así como la responsabilidad de médicos participantes. A través de esta acción coordinada se ha contribuido con eficacia a un grado mayor de conocimiento social sobre la complicidad médica en las medidas de represión.

Concordamos con las aseveraciones de J.P. Reemtsma:

“Ningún régimen de terrorismo estatal ha surgido de la nada ni se ha difuminado en ella. Se ha podido apoyar siempre en personas que estaban dispuestas a participar... La costumbre de aislar temporalmente episodios de represión extrema bajo categorías de “excepciones” históricas, forma parte de los mecanismos de amalgamar personalmente las épocas. Hablar aquí de estados de memoria reprimida o amnésica es tan popular como equivocado. Se trata más bien de una autoanestesia a través de fragmentar las experiencias. El que (en la Alemania

postnazi) a la pregunta '¿Tenía Ud. conocimiento de los campos de concentración?', se haya respondido en apariencia espontáneamente: 'No, pero decíamos siempre: cuidado con que te lleven al KZ', no documenta en tal caso (tan solo) una forma de hipocresía torpe, sino además el grado de compromiso entre el sistema sensorial, que percibe la amenaza, y la razón, que se propone seguir considerando 'la vida' como digna de ser vivida"<sup>130</sup>.

Con posterioridad al período dictatorial, seguramente habrá un largo camino por recorrer antes de que el postulado "Procede sólo de acuerdo a la regla, de la cual tú a la vez puedas desear que ella llegue a ser una ley general"<sup>131</sup> —y no sólo en círculos médicos— se convierta culturalmente en un sobreentendido.

Conocer y comprender cómo los médicos participaron dentro y en contra del sistema opresor, puede ser útil para profundizar en lo que fue esa época en sí, pero quizá también para prevenir virtuales reincidencias, incluso en los considerados como tiempos de paz.

#### Notas

1. En cuanto a la participación de médicos en torturas, hacemos relación aquí a: a) Declaración de la Asociación Médica Mundial de Ginebra (AMM: 1948, 1968 y 1983), en lo que se refiere a la definición ética de la praxis médica, b) Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Tortura y otros tratos crueles (9.XII.1975) y c) Declaración de Tokio (AMM:1975).
2. La obra "La muerte y la doncella" de Dorfman, llevada al cine por Polanski, ejemplariza esta circunstancia. Ella nos introduce a la virtual relación entre una víctima de tortura y un presunto torturador (aquí un médico) en presencia de un abogado, paladín de la defensa de los derechos humanos, tras el fin de la dictadura. En la película se crea la madeja de una situación extrema pero con caracteres invertidos, en tanto que es la extorturada quien la domina y da las instrucciones de procedimiento tanto al médico-acusado como al abogado-defensor en un proceso ad hoc. La intransigencia existencial de la protagonista, así como el alto grado de tensión emocional de la obra tuvieron un eco de aceptación masiva en los países nórdicos, provistos de una cierta distancia estética, pero también de una sensibilidad afiada frente al tema; en tanto que en los países en cuestión hubo una atmósfera de "cine-arte" en torno a la película en sí: público selecto y reducido. Véase: Dorfman, A.: "Der Tod und das Mädchen", Frankfurt 1992
3. Comunicación personal de la Dra. E. S. durante el VI. Simposio "Cultura y situación psicosocial en América Latina", Hamburgo, 1992.
4. Ver: J. Timerman, Interview in Doctors and Torture, BBC Television, 12 September 1990.
5. F.S. Rivas (1990): Traición a Hipócrates. Médicos en el aparato represivo de la dictadura. Santiago, p.128.
6. Comunicación personal del Dr. Martirena durante el VI Simposio "Cultura y situación psicosocial en América Latina". Hamburgo, setiembre de 1992.
7. "peinliche Befragung" es la acepción en alemán antiguo para referirse a las sesiones



- de tortura durante la inquisición religiosa. Véase: Soldan/Heppe: *Geschichte der Hexenprozesse*, 2 Bände. Band I. 3.Kapitel.
8. Stover, E. (1987): *The Open Secret: Torture and the medical profession in Chile* [A.A.A.S.]. Washington, p.69.
  9. N. I. Liwski, en: *Nunca más*, p.28 y *Declaración ante el Tribunal*, pp.15-16.
  10. Informe de la Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación. Texto oficial completo. *La Nación*, 5 de marzo de 1991, p.24.
  11. AI: *La tortura en Chile*. Madrid, 1983, p.20.
  12. "a) antes de las torturas -es decir un examen físico practicado a su llegada al centro de interrogatorios. Doce de los entrevistados dicen haber sido examinados en esta etapa, b) después de las torturas -es decir un exámen físico después de terminadas las torturas. Diez de los entrevistados dicen haber sido examinados en esta etapa. c) durante la tortura -es decir en asistencia directa en el curso de ellas. Seis de los entrevistados afirman que *les administraron medicamentos no terapéuticos* para que perdieran el control de sí mismos y colaboraran con los interrogadores. Tres de los entrevistados dicen que *se intentó hipnotizarlos* y que dichos intentos tuvieron lugar durante su reclusión en el centro de interrogatorios de la CNI en Santiago" (Ibidem.p. 52. *Cursivas H.R.*).
  13. Ver: C. Chelala: "They Condone Torture" in *World Health*, April 1989. Cit. en: L. Weschler: *A miracle, a universe. Settling accounts with torturers*. New York, 1991, p.259.
  14. M. Gregg Bloche (1987): *Uruguay military physicians: Cogs in a system of state terror* [American Association for the Advancement of Science]. Washington, p.6.
  15. "(Este) médico como actor activo o pasivo de hechos tales como: recabar datos en una ficha de ingreso del prisionero, lo que permite a los encargados de la tortura conocer la debilidad o la incapacidad física o mental del individuo y actuar con la máxima ferocidad sobre ella; el médico negligente en la asistencia directa del prisionero enfermo, retrasando consultas, negando medicamentos y dietas alimenticias, etc.; el médico actuando en la emergencia de vida del prisionero torturado, logrando su recuperación que no hace nada más que sumergirlo nuevamente en la máquina de la tortura; el médico falsificando la causa de muerte de un prisionero, en autopsias parcializadas o certificados de defunción extendidos muchas veces sin reconocimiento directo del cuerpo; el médico participando directamente en el torturante interrogatorio o conduciendo un acoso psíquico permanente, en la búsqueda el desmantelamiento de la personalidad del preso" (G. Martirena: *Uruguay. La tortura y los médicos*. Montevideo, 1988, p.13). Y el autor añade: "Dentro de las prácticas reprochables desarrolladas por los médicos militares se destacan entre otras: a) participar en las torturas; b) asesorar sobre la continuidad de la misma (y evitar) el riesgo inminente para la vida de la víctima; c) ocultar evidencias de torturas o, en general, encubrirlas; d) descuidar deliberadamente o desaprensivamente a reclusos enfermos o heridos; e) obedecer sumisamente las órdenes de la autoridad militar aun cuando fueran perjudiciales para la salud de enfermos o heridos, o importasen tratamientos crueles" (Ibidem.p.22).
  16. Testimony of Carlos Sanabria. En: E. Stover & E.O. Nightingale: "The breaking of Bodies and Minds", pp.52-53.
  17. Declaración de F. Tropeano ante la CONADEP, Legajo N° 6956
  18. Stover, op. cit., p. 27.
  19. Ibidem. p.70.



20. Testimonio de J.P. Grau M. in: AI Index: AMR 22/29/84 "Recent torture testimonies implicating doctors in abuses of medical ethics in Chile" 31 May 1984.
21. M. Gregg, op.cit., p.5.
22. Ver: Martirena, p.52. El debate al interior de la comisión ética del SMU sobre el comportamiento del Dr. Fornos condujo a su expulsión como socio de la Asociación Médica del Interior (AMEDRIN), declarada por unanimidad en agosto de 1985, además a una denuncia ante el Juzgado Letrado de la ciudad de Trinidad. La denuncia penal fue hecha en los siguientes términos: "Al médico Nelson Fornos Vera -médico del grupo N° 2 (Flores)- diversos detenidos de la unidad militar le imputan haber coparticipado en las torturas de todo tipo que tuvieron que padecer (submarino, golpes, picana eléctrica) 'asistiéndolos' durante las mismas mediante auscultaciones con estetoscopio. Dicha asistencia, lógicamente, se prestaba no con la finalidad curativa sino para continuar con las torturas sin riesgo de vida.  
Se está en presencia de varios delitos posibles: 1) Abuso de autoridad contra los detenidos-art. 286- 2) Violencia privada -art. 288- 3) Lesiones personales (trastorno fisiológico del cual se deriva una enfermedad del cuerpo o de la mente...) art. 316, específicamente agravados por el art. 320 bis.  
En todos estos casos la responsabilidad sería en grado de coautoría, por cooperar directamente en el momento de consumación de los delitos. Pero en otros hechos criminales su responsabilidad sería en calidad de autor, así: 4) Omisión de los funcionarios de denunciar delitos (art.177) 5) Encubrimiento (art. 197)." (p.54-55).
23. En la entrevista documentada de Jean Lacoutre "Musique pour l'Espérance." Paris, 1983.
24. Ver: L. Weschler: A miracle, a universe. Settling accounts with torturers. Nueva York, 1991, p.126.
25. Testimonio de Amalia Larralde ante la CONADEP, Legajo N° 3673.
26. Ver: FDDRP: Testimonios sobre la represión y la tortura, N° 7-8-9: 8. "En términos fisiológicos, el efecto más probable de esta forma de tortura es una miolisis generalizada (destrucción de células musculares), con la consiguiente saturación de sustancias tóxicas en la sangre y una ulterior insuficiencia hepatorenal (incapacidad funcional de depuración en hígado y riñón), la que, sin tratamiento, conduce a una muerte de pesadilla." Comunicación personal L. Bonaparte.
27. M. Gregg, op.cit., p.7.
28. Testimonio del sacerdote Orlando Vigilio Yorio ante la CONADEP, Legajo N° 6328.
29. Véase Samojedny, 1986, p. 497.
30. Compárese el Informe del CMC, en Stover, op. cit.,p.. 71.
31. Ibidem., p.28.
32. K. Reszczyński, P. Rojas, P. Barceló: Tortura y resistencia en Chile. Santiago, 1979/1991, pp.273-277.
33. Cfr. J. Mañana C.: Historia del Sindicato Médico del Uruguay. Montevideo, 1992, pp.133-135.
34. Ver: M. Gregg, op. cit., p.8. No sería extraño que estos estudios hayan sido publicados en alguna revista de psicología militar bajo un título neutral tal como "Incidencia sintomática bajo condiciones psicológicas adversas. Un estudio casuístico."
35. AI Index: AMR 52/18/83,p. 6.
36. M. Gregg, op.cit., p.9.

37. Denuncia presentada por la desaparición de Carlos Oscar Lorenzo ante la CONADEP, Legajo N° 1560.
38. Testimonio de Julio Alberto Emmed ante la CONADEP, Legajo N° 683.
39. N. Liwski, Declaración ante Tribunal, p.16.
40. Declaración ante la CONADEP, Legajo N° 3847.
41. Informe del CMCH, Stover, pp.71-72.
42. F.Huidobro; M. Rosencof: Memorias del calabozo. Montevideo, 1987-1988, 3 tomos.
- F.H.: "... **(nuestras) relaciones con una nueva medicina**: Cada vez que nos llevaban a un cuartel, era de norma que nos revisara un médico.
- M.R.: Ellos no querían hacerse responsables de las afecciones que podías tener, las lastimaduras, las heridas, las enfermedades contraídas en otra unidad. Se hacían cargo de su ,verdugueo', del de los demás no. Una de las cosas que te revisaban eran los testículos.
- F.H.: Y los golpes, moretones y cicatrices, te preguntaban de dónde eran.
- M.R.: Cuando te ibas también, para poder certificar.
- F.H.: Y llenaban una ficha, que nos va a acompañar durante todo este periplo. Y nos hacían firmar el papel del buen trato. Pero en el interín, cuando nos enfermábamos o necesitábamos asistencia médica, si te he visto no me acuerdo.
- M.R.: Mirá yo de Santa Clara,... retengo la siguiente anécdota. Nosotros ya veníamos ya bastante desgastados. Y recuerdo que en la enfermería de Santa Clara, boca arriba, con el torso desnudo, la capucha puesta, el doctor me toma el pellejo del vientre, lo alza (parecía la carpa del circo Sarrazani) y dice: ,¡Pero ché! esto es una barbaridad'. En presencia del médico estaba el comandante de la unidad, querían constatar en vivo y en directo el estado en que veníamos. Cuando me van a llevar para traer a otro preso, se entretienen un momento en el baño, porque había civiles y no me podían hacer cruzar todavía la Plaza de Armas; el comandante y el médico supusieron que ya me habían llevado. Entonces el médico le comenta al comandante: ,Para tenerlos así es mejor que los fusilen'. Mengele era un humanista..." (pp.26-27).
- Además de, por ejemplo, los esfuerzos que realizaron para adquirir una enfermedad seria y poder salir, por algún tiempo, del circuito de horror a que habían sido lanzados por la dictadura:
- M.R.:... Barajábamos posibilidades de medidas atentatorias contra nuestro organismo que nos produjeran una enfermedad o heridas tales que obligaran a trasladarnos.
- F.H.: El problema era conseguir instrumentos.
- M.R.: Claro, no era sencillo. vos tenías acopio, un arsenal, y un día me preguntaste qué podía pasar si te tragabas un clavo; tenías uno de dos pulgadas, doblado y herrumbroso. Te contesto: ,Nada, porque te lo quitan con una sonda'. Luego barajaste la posibilidad de abrirte las venas con una pequeña latita... Yo te contesté inmediatamente con un golpe que era un no rotundo. Descartado eso, vos te planteaste la utilización de un alfiler para una autovacuna, utilizando el verdín del excusado, que durante siglos no había sido limpiado a fondo. Lo extraías con las uñas cuando te era posible; luego... con la aguja te hacías una autovacuna, con la esperanza de agarrarte un buen tifus que, entre otras cosas, hubiera generado el temor del contagio en la guardia y en el mando. Tendrían que llevarte para algún sitio de tal manera que logran tu recupera-



ción. La otra cosa con que soñábamos era una estupenda tuberculosis, que nos llevara al (sanatorio) Saint Bois.

F.H.:... se me inflamó el brazo, me salió una especie de eczema donde me clavaba las agujas. Me vió el enfermero. recetó Dipirona". (pp.84-85).

43. Informe del CMC en Stover, p.75.
44. Cfr. Declaración de Tokio 1975.
45. En la Argentina, el 9-IX-1981, durante su discurso inaugural en la Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales, se define el Dr.jur. Mario Justo López frente a "La Doctrina de la Separación de los Poderes a la altura de nuestro tiempo" y condensa en pocas palabras la actitud detentada por el gobierno de facto frente a virtuales mociones alternativas: "La oposición puede ofrecer distintos grados y caracteres -disentimiento, límite y control, alternancia cíclica de la mayoría- mereciendo especial atención el caso de 'disentimiento', en tanto y cuanto configura una oposición anticonstitucional, es decir contra el sistema y el régimen, lo que da lugar a la cuestión de los límites". Ver: N. Baruch Bertocchi (1988): La cara civil de los golpes de estado. Buenos Aires, p.49.
46. A. Colombo en: Madres de Plaza de Mayo s.f., pp.10-11.
47. Nunca Más, p.397.
48. Ibidem.p. 398
49. Ibidem.
50. Ver: Informe del CMCH en Stover, op.cit., p.74-5. Se hace referencia específica allí a: "Por ejemplo en el caso de Alvarez, el Departamento comprobó varias irregularidades en el informe autopsico firmado por el Dr. Exequiel Jiménez Ferry... Como ustedes recordarán, Alvarez fue transferido del Hospital Penitenciario al Hospital Central de Urgencia en Santiago donde fue inmediatamente ubicado en la unidad de cuidados intensivos. Cuatro médicos lo examinaron allí... Todos los médicos del hospital estuvieron de acuerdo que las heridas habían sido infligidas durante un período de varios días. Sin embargo en el informe autopsico firmado por el Dr. Jiménez, patólogo del Instituto Médico Legal, se establecía: 'Herida en el cráneo, suturada, pequeño rasguño (3 x 1 cm) lumbar y rasguños metacarpianos en la mano izquierda'. El Dr. Jiménez no describía otras lesiones. Sin embargo prosiguió su informe describiendo la herida de la cabeza como una fractura superficial del cráneo sin depresión ni afectación de las meninges. Según el informe la herida había sido causada por un culatazo aplicado durante el arresto de Alvarez por los Carabineros. aún cuando el Dr. Jiménez no estableció la existencia de lesiones cerebrales ni de edema cerebral, llegó a la conclusión de que la causa de muerte era debida a 'complicaciones derivadas de una fractura craneal'... el caso (del Dr. Jiménez) plantea serias cuestiones con referencia al grado en que necropsis inadecuadas han contribuido a errores judiciales".
51. Ver: Actas de la Resolución de la Comisión de Etica Médica sobre las denuncias presentadas contra el Dr. Mario Sarasúa. Copia sin fecha, autenticada por notario. Como consecuencia de estos hechos, la Comisión Nacional de Ética Médica (SMU) declaró la expulsión del Dr. Mario Sarasúa como miembro gremial, frente a lo arriba señalado, y para fundamentar la sentencia de exoneración gremial, declara: "4) (El Dr. Sarasúa) Actúa sin independencia técnica (fundamental para el ejercicio de la profesión), esto se ve cuando el propio médico dice a f. 18 "... se me exigió la confección de un certificado de defunción..." el cual efectivamente extiende, firma y establece un causal de



- muerte que no es real (Infarto del Miocardio). Se desprende de esto que todo el entorno del fallecimiento del Sr. Porta es completamente anormal, surge de las propias declaraciones del Dr. Sarasúa a fs. 18 (orden de callar la muerte, etc.)..."
52. Madres, Febrero 1986, p.11.
  53. Informe del CMC en Stover, pp.73-74.
  54. Fuentes: Comunicación personal del Dr. Burjel. M. Gregg op.cit., p.7 y Martirena op.cit., pp.29-49.
  55. Véase Verbitski, H.: El vuelo. Buenos Aires, 1995.
  56. Véase artículo de R. Lara en Clarín 4-3-1999,p.15.
  57. Fuente: Actas de la Comisión Nacional de Ética Médica, Montevideo 1º de diciembre de 1989. Copia autenticada ante notario.
  58. Ver: P. Marín: Situación de salud en prisioneros políticos. Algunos efectos de la tortura y la reclusión. En CODEPU: Tortura op.cit., pp152-159.
  59. Cfr. Dr. R. Lombardi: Las prisiones políticas en el Uruguay, una continuación de la tortura. En: CODESEDH/CODEPU: La tortura en América Latina. Buenos Aires, 1987, p.132.
  60. Cfr. Actas del Tribunal Ético de la Salud contra la Impunidad (3-XII-1987), p.20.
  61. Véase: A.M. Martí; M.A. Milia de P. Y S. Solarz de O.: ESMA „Trasladados“ Testimonio de tres liberadas. Buenos Aires 1995, p. 44.
  62. Nunca más, p.303.
  63. R. Salguero en: Nunca más, p.313.
  64. Declaración de A. Calvo de L. ante CONADEP, Legajo 2531.
  65. Declaración ante el Tribunal Ético de la Salud contra la Impunidad, Buenos Aires, 3-XII-1987.
  66. Nunca más, p.281.
  67. M. Herrera; E. Tenenbaum (1988): Identidad, despojo y restitución. Buenos Aires, p.94.
  68. Cfr. R. Torres M. (1987): La problemática específica de los niños desaparecidos. En: La Desaparición. Crimen contra la humanidad. Asamblea Permanente por los Derechos Humanos. Buenos Aires, pp137-148.
  69. Ver: E. Giberti (1987): La Adopción. Buenos Aires, pp.206-210.
  70. Cfr. CODEPU (1990): Todas íbamos a ser reinas. Estudio sobre nueve mujeres embarazadas que fueron detenidas y desaparecidas en Chile. Santiago. Colonia Dignidad es un asentamiento de alemanes emigrados a Chile a comienzos de los años sesenta. En numerosos juicios se ha demostrado la participación de miembros de ella en actos de complicidad con la dictadura militar y de y de opresión a otros miembros.
  71. En base a una ingente labor clínica con afectados por el terrorismo de estado M. Viñar (1991) expresa: "Esta zona de silencio es, sin embargo crucial. Lo inconfesable, dice Maurice Blanchot (1984), no es lo que no se confiesa, sino cuando no hay confesiones o confidencias que lo revelen. Lo inconfesable se hace patente, como manifestación de su naturaleza, cuando algo acuciante y perentorio lo hace irrumpir por defecto o por ausencia: *'Ustedes no pueden saber'* (cursivas en original). Fuente: Violencia social y realidad en psicoanálisis. En: J. Puget y Rene Kaes (1991): Violencia de estado y psicoanálisis. Buenos Aires.
  72. De candente actualidad se manifiesta la progresiva comercialización en la adopción de niños en América Latina. Para algunos países se emplea la acepción „tráfico de niños“, en el cual médicos y abogados cumplen labores de lamentable prominencia.

- Véase: Defence for Children International (Argentinian Section): Trafficking and sale of children in Argentina. Report of an investigation. Buenos Aires, June 1989.
73. Véase Epílogo de este libro
  74. Comunicación personal del Dr. Luis González, ex-presidente del Colegio Médico de Chile y embajador de Chile en Bélgica.
  75. Cfr. K. Reszczynsky et al. op. cit. p. 270. La clasificación del „material virtualmente subversivo“ y las recomendaciones de trato en términos de „cirugía social“ es característico para la forma cómo algunos médicos definen su posición frente a catástrofes naturales (epidemias, terremotos, etc.), enfocada a conflictos sociales demuestra esta actitud una consonancia con regímenes totalitarios que hace de médicos intelectuales orgánicos (Gramsci) de la dictadura.
  76. Ver: M. Gregg, op.cit, p.6.
  77. Ver: Declaración del Dr. N. Marabotto ante la Comisión Nacional de Ética Médica, a 26 de octubre de 1986. En: Martirena, op.cit., p.69.
  78. Véase Sagan/Jonsen/Paredes, 1974. Cit. en Stover, op. cit., p. 45.
  79. Cfr. Declaración del Dr. M. Scharier ante el Tribunal, op. cit., p.13.
  80. Ver: M. Gregg, op. cit., p.7.
  81. Cfr. F. Rivas (1990): Traición a Hipócrates. Médicos en el aparato represivo de la dictadura. Santiago, pp.8-9.
  82. Ver: Stover, op. cit, p.26.
  83. Cfr. M. Gregg, op.cit, p.5.
  84. Cfr. Alegato fiscal de Dra. Diana Kordon ante el Tribunal, op. cit., p.22-3.
  85. Ver: Stover, op.cit, p.42.
  86. Cfr. Informe de la CONADEP, Legajo N° 1537 y Declaración del Dr. Mauricio Scharier ante el Tribunal, op. cit. pp. 13-14. En las fotos que acompañan al informe de CONADEP (p. 177) se ve una pieza probablemente utilizada para las torturas, en cuyas paredes diversos cuadros aminoran la blanca asepsia de una entidad hospitalaria y que han de haber servido para el esparcimiento del „personal en funciones“. Así un poster llama a respetar al luz roja, otro muestra un paisaje del sur de Argentina y un tercero pone en primer plano un molino de viento de Holanda. Todo ello manifiesta que se había instalado allí una nueva forma de cotidianidad y los que torturaban en esos recintos habían hecho suyo ese espacio con privacidad cultural propia.
  87. Ver: Ibacache, 1990, p. 146.
  88. Cfr. Madariaga/Pavín, 1987.
  89. Comunicación personal de un médico entrevistado.
  90. Ver: F. Rivas, op.cit., p.10.
  91. Cfr. Stover, op.cit., pp.48-50.
  92. Comunicación personal de un médico entrevistado.
  93. Gregg, op. cit. p. 6
  94. Ver: K. Reszczynski et al, (1979/1991): Tortura y resistencia en Chile. Paris / Santiago de Chile
  95. Ibidem. pp. 28-32
  96. Ibidem. pp.38-40.
  97. Comunicación personal de un médico entrevistado.
  98. Cfr. H.C. Kelman; V.L. Hamilton (1989): Crimes of obedience. Yale University.



99. Ver: Alegato del Fiscal en Actas del Tribunal Ético de la Salud contra la Impunidad.
100. Ibidem. Sobre El Dr. Vidal cabe añadir que pocos días después de efectuada la sesión pública del Tribunal Ético, un juez de la provincia de Buenos Aires ordenó su captura y encarcelación. Este veredicto fue levantado por la Cámara Federal de San Martín, quien puso en libertad inmediata a este médico, en base a la ley llamada de punto final.
101. Ver: D. Lagos (1989): Ética y psiquiatría. Ponencia presentada al VIII Congreso Mundial de Psiquiatría en Atenas. En: Reflexión. Derechos humanos y salud mental. Nr. 105, p.16-9. Santiago de Chile. Lo interesante de esta propuesta va más allá de la desobediencia a un mandato de tratamiento (que de por sí es exceptuable si hay razones que demuestren alguna implicación personal del médico), ella puede estar también considerarse como un acto de resistencia civil frente a las leyes de impunidad.
102. Ver: Posición ética del Colegio Médico frente a la tortura. En: Vida Médica. Santiago, julio 1984, pp23-24. E insisten: "Sin embargo sabemos que respecto de los detenidos en lugares secretos hay médicos que certifican su condición física sin examen previo o con un examen superficial. Estas certificaciones de salud han servido para diversos fines, especialmente para dar una apariencia de legalidad al proceso de tortura y detención en lugares secretos y, lo que es más grave, para certificar en algunos la intensidad de tortura que puede soportar la persona detenida, el intento para saber por parte de los torturadores la cuantía del tormento a infligir. El certificado escrito es rutinario y expedido con firma ilegible, siendo imposible saber quién es el médico implicado... Esto ha sido aceptado por la justicia, sin objeción aparente, situación anómala que llevó a una entrevista de la Directiva del CMC con el Presidente de la Corte Suprema..."
103. Comunicación personal Dr. Luis González, ex-presidente del CMC.
104. Ver: Dr. J. Villegas C. (1985): Reflexiones del fiscal. Sumario a médico implicado en la tortura. En: Vida Médica. Santiago, marzo 1985, pp.19-20.
105. Cfr. Colegio Médico de Chile (1974): Reglamento interno sobre normas de detalle que regirán las instrucciones de los sumarios. Santiago de Chile.
106. Informe del CMCH, 1986. Stover, pp.66-67 (En cursiva en el original).
107. Ver: F. Rivas, op.cit., p.40.
108. Cfr. F. Rivas (1987): Doctors torturers penalised by their professional body in a country where torture is practised. In: Danish medical bulletin. Vol. 34 No. 4, p.191.
109. F. Rivas (1990): Traición a Hipócrates. Médicos en el aparato represivo de la dictadura. Santiago. Nota: Este libro fue en Chile bestseller por seis meses en el año de publicación, comunicación personal del autor.
110. Ibidem., pp.33-46.
111. En este contexto debe considerarse el asesinato reivindicativo de un médico declarado culpable de apoyo pasivo a la represión, de parte de un grupo extremista en 1990.
112. Ver: G. Martirena (1988): Uruguay. La tortura y los médicos. Montevideo, pp.14-15.
113. Cfr. Resolución No. 15.057 de fecha 7 de agosto de 1984, publicada ese mismo día en el Boletín del Ministerio de Defensa Nacional No. 8082.
114. Ver: G. Martirena, op. cit.: Casos ejemplares, pp.29-85.
115. Y continúa: "Por los fundamentos expuestos, la Comisión Nacional de Ética Médica, RESUELVE: I) Declarar que en este expediente se ha acreditado que la actuación del Dr. José A. Mautone en los casos de los Sres. Br. Hugo de los Santos Mendoza y Alvaro Balbi como médico autopsista, no se ajusta a los principios éticos que debieron regular



- su conducta. II. Notifíquese y comuníquese con remisión de antecedentes a las entidades gremiales (Sindicato Médico del Uruguay y Federación Médica del Interior).” Fuente: Actas de la Comisión Nacional de Ética Médica, Montevideo 1° de diciembre de 1989. Copia autenticada ante notario.
116. Fuente: Archivo de la Facultad de Medicina, Universidad de la República (1989): Actas del Informe de la Comisión de Ética Médica y Conducta Universitaria sobre la situación particular del Dr. Jorge Burgel.
  117. Véase Noticias, órgano oficial del Sindicato Médico del Uruguay N° 52, agosto de 1991, p.62 y N° 55, febrero de 1992, p.53.
  118. Comunicación personal del Dr. Gutiérrez.
  119. Cfr. L. Bonaparte (1985): Ponencia al Seminario Internacional “La Tortura en América Latina” Buenos Aires.
  120. Ver: D. Lagos (1988): Professional Ethics - Social Ethics - Mental Health and Impunity. En: D. Kordon et al.: Psychological effects of political repression. Buenos Aires, pp.157-162.
  121. Ver: E. Pérez A.: “Acerca de cinco ex-torturadores”. En: CODEPU op. cit, pp.62-73.
  122. Ver: Entrevista “Urug-07-Joven”. En: H. Riquelme: Medicos protagonistas, Montevideo 1995
  123. Ver: Vida Médica, 1985, Vol. 36, N° 3, pp.75-82.
  124. Fuentes: Ponencia presentada al 1er Congreso Internacional “Salud psicosocial: Cultura y Democracia en América Latina”. Asunción/Paraguay, 1992. Mimeo, 24 pp. WMA Declaration on Hunger-Strikers (1991) en: British Medical Association: Medicine betrayed. The participation of doctors in human rights abuses. Londres, 1992.
  125. S. Pescio manifiesta en su ensayo sobre “Tortura y profesionales de la salud. Chile 1973-1989”: “Al no recibir respuesta del gobierno, la Asamblea convocó a una gran huelga Nacional los 2 y 3 de julio de 1986, siendo violentamente reprimida por las Fuerzas Armadas y policiales a raíz de lo cual dos jóvenes manifestantes fueron quemados vivos por una patrulla militar... Los líderes de la Asamblea fueron encarcelados, entre ellos, por supuesto, su Presidente Dr. Juan Luis González y su Secretario Dr. Francisco Rivas, quienes permanecieron 40 días en prisión y sólo fueron liberados por la enorme solidaridad internacional que estos hechos provocaron” Documentos del Colegio Médico de Chile, sin fecha.
  126. Cfr. AI Index: AMR 22/36/86: Human rights in Chile: The role of the medical profession, septiembre 1986.
  127. Ver: Colegio de Abogados del Uruguay (Oct. 1987): Proyecto de Ley sobre Delitos de Lesa Humanidad. Documento del Seminario “Los médicos ante la ética y la tortura”, Montevideo, Uruguay, 9-12 Diciembre 1987.
  128. Ver: M.Gregg, pp.18-40.
  129. Ver: E. Canetti: Masse und Macht, Tomo 2, pp.63 ss.
  130. Ver: J.P. Reemtsma, 1991a, p.16.
  131. Ver: I. Kant (1785): Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, p.52.

## II.2. LA MEDICINA BAJO EL NAZISMO: UNA APROXIMACIÓN HISTÓRICO-CULTURAL

### INTRODUCCIÓN

Esta investigación sobre la profesión médica bajo dominación totalitaria en tres países sudamericanos se gestó desde la Universidad de Hamburgo, Alemania Federal y como tal quedaría incompleta, si no estableciera una relación con experiencias y conocimientos actuales sobre la complicidad de profesionales de la medicina en el engranaje del nazismo y no intentara una comparación diacrónica entre la Alemania de ese tiempo y esos países de América del Sur del pasado reciente; comparación establecida no en cuanto a las monstruosidades cometidas aquí y allá, sino buscando paralelos y diferencias en el abuso de la medicina desde el poder dominante.

Para efectuar una comparación de este tipo, es necesaria una descripción de la situación y mentalidad del cuerpo médico antes y durante la era nazi. Para esto resulta imprescindible establecer la relación existente entre la deformación ética de la medicina con las condiciones generales sociales y culturales así como con las personas concretas de ese tiempo, de modo que los crímenes del área médica, perpetrados en esa época, no sean cargados —en aras de un reduccionismo ahistórico— a la cuenta de una genérica “naturaleza humana”, como a menudo sucede. Incluso, aunque tales crímenes no puedan ser “explicados”, sigue siendo importante el saber que fueron cometidos por personas que, como característica propia, pensaban “razonablemente”. De la misma manera, ameritan un espacio propio los conocimientos que se tiene, de parte de algunos médicos, sobre gestos y actos de oposición y protesta contra la dominación nazi, mas no sea para cuestionar el fantasma de la fatal inevitabilidad de lo ocurrido bajo el estado totalitario.

Las investigaciones sobre la relación entre medicina y estado durante el Tercer Reich han alcanzado un desarrollo casi exponencial, tanto en Alemania como en los territorios ocupados por el ejército alemán (Wehrmacht) en especial en los últimos veinte años. A poco más de medio siglo de los acontecimientos, esta labor de estudio allana la comprensión de temas muy complejos en la complicidad entre poder totalitario y profesionales de la medicina.

De esa investigación, basada en un exhaustivo trabajo de fuentes, se pretende conjugar aquí tres aspectos básicos de la teoría y praxis médica en el Tercer Reich. Ellos son:

- 1) "ciencia de la raza" y eutanasia,
- 2) experimentos terminales con seres humanos y
- 3) oposición médica frente a delitos de lesa humanidad.

Para cada tema se recurre a citas en extenso, consideradas como competentes y precisas y –ya que en este trabajo se pretende abrir espacio a la voz directa de las víctimas– son incluidos también testimonios explícitos de ex-prisioneros de campos de concentración.

## 1. DE LA "CIENCIA DE LA RAZA" (RASSENKUNDE) A LAS MEDIDAS PSIQUIÁTRICAS DE EUTANASIA

El hecho de que la "ciencia de la raza" llegara a ser una sólida parte constitutiva de la formación médica durante la era nazi, merece una atención destacada por cuanto muchos delitos capitales de lesa humanidad encontraron en ella un fundamento teórico y fueron realizados en nombre de una determinada concepción de la ciencia médica.

La instauración de este paradigma en antropología y medicina bajo la égida nazi tuvo características especiales que aquí trataremos en particular: en primer lugar, nos referiremos a la situación social y económica de los médicos durante el período de la República de Weimar que precede al régimen nazi; en segundo, desarrollaremos una observación ideológico-histórica centrada en autores de la antropología física así como de su influencia sobre la medicina durante la primera mitad de este siglo y tercero, consideraremos las consecuencias concretas de esta "nueva visión de la medicina" en la estructuración de la eutanasia psiquiátrica y los planes de exterminio.

### *a) Médicos y sociedad en los años veinte*

La situación social y económica de los médicos durante la República de Weimar estuvo marcada por una fuerte inestabilidad. H.P. Schmiedebach describe estas circunstancias y sus efectos en la autoconciencia de los médicos de la siguientes forma:

"A fines de 1923 se llegó a una fuerte confrontación entre los médicos y las cajas de seguro para enfermedad. Desde el último trimestre de 1922 las cajas se habían retrasado en el pago de honorarios a los médicos. La responsabilidad de esto se



debe buscar tanto en la inflación galopante como también en el sistema de pagos de cuotas, que exigía el pago trimestral de parte de los empresarios y semanal de la de los asegurados. En marzo de 1923 el Parlamento acogió una ley que elevaba el monto de la cuota de los asegurados del 7,5 al 10% de su sueldo base. Pero ya en julio de 1923 nuevamente las cajas no pudieron cumplir sus obligaciones de pago con los médicos. El mismo mes éstos decidieron ir a la huelga en caso de que no fueran satisfechas sus exigencias económicas. A pesar de que pronto consiguieron un alza de los pagos de acuerdo a la devaluación de la moneda y se les prometió el pago semanal de honorarios, declararon la huelga. Esta se agudizó a fines de año cuando, con ayuda de una ley de poderes extraordinarios, se despachó un decreto de emergencia que restringía rigurosamente la ayuda de enfermedad, obligaba a los médicos bajo penas legales a cumplir con las nuevas directrices sobre esa ayuda y, finalmente, ponía en manos de las cajas de seguro diferentes posibilidades para reducir el número de médicos a su servicio y, conformando distritos médicos en el campo, poder organizar la atención médica según su propio criterio. Los asegurados debían asumir ahora el 10% de los costos de los medicamentos y las cuotas podían ser elevadas por las cajas a un 20%.

“Desde el 1° de diciembre de 1923 la huelga médica estuvo dirigida en contra de las condiciones contempladas en el decreto de emergencia. Como los médicos dejaron de atender a los pacientes asegurados en las cajas, éstas reaccionaron frente al boicot con el establecimiento de ambulatorios en Berlín y en la región del Bajo Weser para asegurar la atención médica de la población trabajadora ya afectada fuertemente en el plano de la salud a causa de la inflación. Estos ambulatorios, de carácter modelo y con médicos contratados de planta, fueron conceptuados por muchos médicos como el prototipo de socialización de la medicina y contramodelo de la libertad de la profesión médica, como instituciones dirigidas contra la “esencia del ser médico”. A pesar de haber sido intensamente combatidos, los ambulatorios obtuvieron el reconocimiento oficial por parte del Ministerio Nacional de Salud.

“La situación, ya decididamente difícil debido a la crisis económica internacional, se hizo aún más aguda entre los años 1929-1933. La parte alemana en la producción industrial mundial que en 1928 había sido del 14,6%, descendió al 8,9% en 1932; el mismo año, el número de cesantes creció a 8 millones y el salario promedio de un trabajador descendió en un 47% en relación a 1929. Por medio de diversos decretos de emergencia se redujeron constantemente los subsidios de crisis y bienestar, se elevó la cuota de los asegurados en el reparto de costos de las cajas, se siguió reorganizando el sistema de médicos de barrio y se limitaron las nuevas aceptaciones para médicos de cajas de seguro.

“Este desarrollo acarreó dos consecuencias importantes al interior del cuerpo médico: primero, aumentó el antisemitismo en un ámbito de nacionalismo étni-

co-racial ya ampliamente difundido entre los médicos. La profesión médica había sido, dentro de las profesiones liberales, una de las profesiones abiertas a los judíos. Con el transcurso del tiempo, en las grandes ciudades —en especial en Berlín—, los médicos judíos habían alcanzado un número importante. En base a este hecho, ahora, en que la cesantía agudizaba la competencia entre los médicos, se empezó a exigir con intensidad creciente el que se despidiera a colegas judíos para contratar médicos de origen alemán. Segundo, la discusión sobre costos cobró cada vez más actualidad, sobre todo planteada bajo la perspectiva del darwinismo social. Así, se calculó una y otra vez cuánto costaba la mantención de seres humanos con debilidad física o mental, cantidades que eran (definidas como) pérdidas para la nación étnica y que podrían ser utilizadas mejor en apoyar a los 'de mayor valor racial y social.' En esta fase, la agitación contra los destinatarios de la ayuda social (cuyo número había crecido violentamente durante la crisis), contra los enfermos mentales e inválidos, adquirió proporciones atemorizadoras. La 'ética de comunidad' (*Gemeinschaftsethik*), que coloca el interés del conjunto de la nación por sobre el interés del individuo y exige sacrificios en aras de ese conjunto, se estableció ahora sobre nuevas bases"<sup>1</sup>.

El mismo autor aborda las implicaciones políticas de estas circunstancias de la manera siguiente:

"En esta situación, los nazis intensificaron sus esfuerzos de captación de médicos, basándose en la idea —como se podía leer en el *Völkischen Beobachter* del 23-III-1933— que no había ninguna profesión 'tan significativa como la del médico para la grandeza y el futuro de la nación'. Para ejecutar y propagar los conceptos sobre política de población, higiene racial y eugenesia los médicos eran de por sí relevantes... La Liga de Médicos Nacionalsocialistas Alemanes (NSDÄB) contaba al 30-I-1933 con 2.786 miembros. Era una parte relativamente pequeña de los casi 50.000 médicos organizados, pero en comparación con otras organizaciones políticas de médicos, como la Unión de Médicos Socialistas, con cerca de 1.500, la NSDÄB era mayor. En octubre de 1933, es decir, en el curso de diez meses, ésta aumentó el número de sus miembros a 11.000; en 1935 eran ya 14.500, o sea, cerca de un tercio de todos los médicos organizados residentes en el Reich y en 1942 alcanzó los 46.000, a cuyo efecto hay que considerar que en el intertanto el número de médicos en el Reich había aumentado en unos 20 a 30.000 en relación a 1933"<sup>2</sup>.

Esa decidida toma de posición de los médicos en relación a la fuerza política y administrativa que implicaba la instauración del nazismo encuentra un parangón ejemplar en los decretos de exoneración de médicos por razones no profesionales:<sup>3</sup>

Tabla 1

Decisiones del Ministerio de Trabajo del Reich sobre reclamaciones en base a las ordenanzas del 22-4/2-6-1933

	Médicos	Dentistas	Técnicos dentales
1.- Unión de médicos de seguros decidió:			
expulsión por no descendencia aria	1030	206	79
expulsión por actividad comunista	338	37	13
expulsión por otras razones	9	3	3
	1377	246	95
3.- Decisiones del Ministerio del Trabajo del Reich			
sin extensión de licencia para practicar	827	174	52
de ellos, por actividades comunistas	(91)	(16)	(3)
licencia concedida por razones excepcionales	124	29	13
licencia concedida: act. comunista no confirmada	231	19	10

*b) Precursores ideológicos de la raza como artefacto teórico*

La ideología en que se basa la noción de raza puede seguirse retrospectivamente hasta la mitad del siglo XIX y no se limita sólo a Alemania. Así, ya en 1853 en medio de las tendencias restaurativas en Francia había sido publicado el primer tomo de la obra del Conde de Gobineau; este "Ensayo sobre la desigualdad de las razas humanas" (publicado en alemán en 1898) se dirigía especialmente contra el lema de igualdad de la Revolución Francesa y buscaba fundamentar filosóficamente el retorno a un *status quo ante*. Gobineau entendía las clases sociales como grupos raciales, dentro de los cuales veía a la nobleza como la representación depurada de la victoriosa raza blanca. El no restringía sus puntos de vista a la composición interior de la sociedad, sino que los hacía extensivos también a los acontecimientos internacionales otorgando de por sí un rol dirigente a las naciones conducidas por miembros de la raza blanca frente a otras naciones<sup>4</sup>. En este aspecto, E. Seidler analiza los efectos de las conclusiones de Gobineau en la Alemania de fines del siglo XIX y desarrolla una reflexión crítica sobre el contenido y perspectivas de este ideario en Francia y Alemania:

"Mientras Gobineau fue poco discutido en su propio país, Francia, y naturalmen-



te allí sus ideas sobre la superioridad de los arios germánicos encontraron una viva resistencia, el lado alemán se apoyó justamente en ello para postular que 'en un gran y elevado sentido, el futuro de la humanidad depende de lo que ella aún posee en sangre de los pueblos germanos y germanizados'. (A partir de esta presunción no se está muy lejos ideológicamente de las conocidas palabras de Emmanuel Giebels en el sentido de que desde la esencia germana podía salvarse el mundo: *Am deutschen Wesen soll die Welt genesen*). Si para Gobineau las reservas en elementos raciales ario-germánicos eran muy escasas como para detener la decadencia de la cultura, los alemanes 'gobilistas' se sintieron llamados precisamente a invertir sistemáticamente esta opinión del teórico de la raza. Así según opinaba Schemann, Gobineau había subestimado 'en las mezclas de pueblos, el momento extraordinariamente valioso de la irrupción y asimilación de los componentes más importantes de la sangre'... 'que, por suerte, existe entre nosotros, los alemanes'"<sup>5</sup>.

Francis Galton, un conocido biólogo inglés, acuñó la expresión "eugenesia"<sup>6</sup>. En base a limitadas observaciones sociológicas y a la reconstrucción genealógica de la transmisión directa de aptitudes para determinadas áreas de actividades (p.ej. en médicos y juristas), extrajo las siguientes conclusiones teóricas de largo alcance:

- 1) la inteligencia y la capacidad física de rendimiento de los individuos están subordinadas a la primacía de la herencia;
- 2) las aptitudes están hereditariamente condicionadas y repartidas desigualmente al interior de una población (población se entiende aquí como raza) y
- 3) el progreso de la civilización conduce a que los miembros de la sociedad con mayor capacidad de rendimiento [intelectual] tiendan a limitar su reproducción, lo que exige que se tomen medidas sociales especiales<sup>7</sup>.

Muchos médicos se identificaron completamente con esta concepción biologicista de la teoría de la herencia, lo que confirió un cariz científico a tales creencias prejuiciosas sobre la heredabilidad y raza, ayudando así a su amplia aceptación.

### *c) Precursores académicos de la "ciencia de la raza"*

Sobre este trasfondo epistemológico, a comienzos del siglo XX algunas corrientes de la antropología física se esforzaron por alcanzar una base científica naturalista en las universidades europeas. Ellas tenían la pretensión de constituir una "historia natural del homínido" como alternativa hegemónica frente a las subdisciplinas de antropología social y cultural. En Alemania, esa discusión no permaneció limitada a círculos académicos, sino que, en lo relativo a la "ciencia de la raza" y de "higiene social, amplió sus esferas de influencia" hacia la política y la medicina.

En el curso de la construcción del estado nazi, la antropología física fue implementada con grandes recursos como una ideología funcional, en tanto que la antropología social y cultural eran casi abandonadas como disciplinas de estudio<sup>8</sup>. Así se constituyó una teoría racial de pretendida base científica y se proporcionó a sectores importantes de la medicina líneas argumentativas para la aceptación e imposición de los programas eutanásicos.

Michael H. Kater, profesor de la Universidad de Toronto, Canadá, ilustra el desarrollo de esta disciplina como especialidad médica bajo el dominio nazi en base a las trayectorias académicas de cuatro figuras centrales. Al texto presentado a continuación agregaremos como complemento notas de otras fuentes bibliográficas. En general, el análisis de Kater sobre los aspectos epistemológicos de esta disciplina, en su proceso de surgimiento, así como de sus efectos en la formación médica y las relaciones médico-paciente bajo dominación totalitaria, condensa una gran cantidad de informaciones y resulta, para los efectos de este estudio, imprescindible como descripción precisa de la "ciencia de la raza" y de sus consecuencias en la enseñanza de la medicina:

"La especialidad médica específicamente nazi de la 'ciencia de la raza' consta básicamente, por una parte, de un componente extraído de las ciencias naturales, esto es, de la antropología [física] convencional y de la medicina positivista y, por otra, de uno ideológico que encuentra su culminación en la idea de un inmutable orden jerárquico de la sangre... En el desarrollo de la ciencia de la raza se puede distinguir una senda recta que va —en un sentido figurado— desde el laboratorio experimental de fines del siglo XIX hasta Auschwitz. En esta senda se alternan cuatro hombres, todos médicos y todos también al principio jóvenes científicos serios que se fueron desviando progresivamente hacia lo irracional. Estos hombres son Theodor James Mollison, Eugen Fischer, Ottmar Freiherr von Verschuer y Josef Mengele...

"La carrera de Mollison se apoya en experiencias notables. Por una parte, en su formación tradicional y estrictamente científico-naturalista en medicina y antropología y, por otra, en su vinculación con un profundo racismo practicado por los blancos detentadores del poder, muy especialmente el de los médicos chauvinistas de las colonias alemanas en Africa. Hasta hoy es muy poco conocido el hecho de que muchos de los ulteriores dirigentes médicos nazis adquirieron su ideología de la raza superior alemana en los territorios coloniales imperiales, sobre todo en Africa, donde no pocos de ellos participaron en 1904 en la guerra de carácter casi etnocida contra los hereros. En una publicación de 1923, este erudito ubica al negro africano dentro de la jerarquía de las razas inferiores, sólo un poco por sobre el hombre de Neanderthal y al negro australiano aún más abajo. Coautor de este artículo fue Eugen Fischer quien también se había graduado de médico en 1898 des-



pués de haber estudiado en Friburgo con Mollison... Fischer viajó también a Africa en 1908 con el objetivo de hacer estudios antropológicos. En 1913 apareció su libro sobre los 'bastardos' (mestizos, mezclados) reboter, un grupo cerrado de hotentotes, de origen parcialmente holandés, asentado en el Africa Sudoccidental alemana. Este trabajo representa una especie de manual para la dominación del hombre blanco sobre los 'salvajes': a éstos se les debe tratar en forma estricta pero justa, pues en cuanto 'mediasangre' no están en condiciones de alcanzar a la raza blanca en lo referente a inteligencia, moral o vitalidad."<sup>9</sup>

En 1923 Fischer amplió todavía más estas tesis sobre la desigualdad negando al 'negro puro' la capacidad de inteligencia en sentido estricto, poniendo en entredicho cualquier capacidad suya creativa o de fantasía, aunque reconociéndole capacidad para aprender y astucia. En el fondo, según él, el negro no hace más que arrastrar día a día despreocupadamente su vida.

Fischer se convirtió rápidamente en el más significativo exponente de la 'ciencia de la raza'. En 1927 fue nombrado director del recién fundado Instituto de Antropología y Eugenesia Kaiser Wilhelm [Emperador Guillermo] de Berlín, además obtuvo una cátedra de antropología en la Universidad Friedrich Wilhelm...<sup>10</sup>

"En su sistema de pensamiento, racialmente estratificado, había también un lugar para los judíos, pero uno negativo, como se demostraría suficientemente después que Hitler tomara el poder. En los hechos, el profesor admiraba incondicionalmente al Führer antisemita precisamente por su 'política cualitativa de población'<sup>11</sup>. En 1933 Fischer atacó públicamente el 'intelectualismo internacional', se declaró partidario del ideal de raza nórdica [patrimonio cultural] de los antiguos antepasados germánicos y, en esa medida, del interés por exterminar todo lo 'racialmente extraño'; echó pestes contra la mentalidad extraña de los no nacionales (de otras etnias) y deploró la inmigración de judíos orientales a la región de dominio alemán (*Deutsches Reich*). No por eso desatendió sus trabajos empíricos, en especial las investigaciones sobre mellizos; así participó con energía en la clasificación racial de los llamados 'bastardos de la Renania' (*Rheinlandbastarde*), hijos de padres franceses de las colonias y de madres alemanas, los que fueron esterilizados en 1937. Durante la segunda guerra mundial ayudó a planificar la deportación de judíos europeos a campos de concentración en Polonia".

Sobre otros connotados expertos de la "ciencia de la raza", el mismo autor informa:

"Ottmar Freiherr von Verschuer, como investigador y escritor, estaba a la altura de Fischer lo que se aprecia en la sucesión de la cátedra de éste en el Instituto "Emperador Guillermo" de Berlín en 1942. Verschuer nació en 1896, perteneció a aquella generación de guardias blancas (Freikorps), que en los años veinte culpaba a marxistas, pacifistas y judíos de la pérdida de la guerra. Como teniente



desmovilizado se vio atrapado por la subcultura racista y prefascista de esos años en un doble sentido: era 'hermano corporativo', delegado de la Unión de Estudiantes Alemanes –desde hacía tiempo la corporación más antisemita de Alemania– y como tal, no por casualidad, miembro del mal afamado Freikorps de Estudiantes de Marburgo, que en 1920 asesinó a quince presuntos comunistas en el bosque de Mechterstädte. Además, este barón estudiaba medicina. En 1923 hizo su práctica y en 1927 llegó a ser internista. En el mismo año, recibió además el estatuto de docente, precisamente en genética y –luego de un discurso de habilitación que provocó expectación en Tubingia– fue nombrado director de la Sección de Antropología en el nuevo instituto berlinés de Fischer. Inspirado por el optimismo científico de su tiempo, se desarrolló como un biofísico experimentador muy aplicado realizando una admirable cantidad de publicaciones.

“Esta labor le fue útil incluso durante el Tercer Reich, pues llegó a ser uno de los principales representantes de investigación comparativa sobre mellizos y de una política de población, basada en las múltiples posibilidades de la genética de entonces. Tales temas no sólo interesaban a los alemanes, de modo que Verschuer pudo asistir a numerosos encuentros científicos en el exterior y obtener resonancia internacional. En 1935 fue nombrado profesor titular y jefe del Instituto para la Protección de la Herencia e Higiene Racial de la Universidad de Francfort del Meno. En 1940 entró en el Partido Nacional Socialista de los Trabajadores Alemanes (NSDAP) [nombre oficial de la organización partidaria que conocemos como nazi].

“Verschuer, al igual que su antecesor y ejemplo Fischer, fue también víctima de influencias irracionales. Imbuido de las experiencias racistas de su juventud, encontró pronto un lugar destacado entre los más fanáticos ideólogos. En todas las tomas de posición en que se propiciaba la “arización” del estado alemán, estuvo siempre en primera línea, por ejemplo, para la determinación “científica” de árboles genealógicos raciales o en el diagnóstico de características raciales diferenciales entre judíos y alemanes. Su instituto de Francfort colaboró con las SS<sup>12</sup> en la formación de futuros médicos. Sus evaluaciones genéticas tuvieron carácter directriz para los funcionarios de gobierno en el verdadero desarrollo criminal de una medicina, que culminó en la esterilización y la ‘eutanasia’ y en la proposición de una ‘solución definitiva del problema judío’.

“Uno de los asistentes de Verschuer, y desde 1933 su favorito, fue el Dr. Josef Mengele. Mengele había comenzado su carrera académica en Munich, donde bajo la tuición de Mollison, alcanzó la promoción en la especialidad de antropología. Su disertación tuvo como tema las mandíbulas de cuatro grupos considerados primitivos, de los cuales, el de los melanesios, fue clasificado desde el punto de vista racial como el más inferior, para ofrecer un punto de referencia en comparación con los otros. Considerado formalmente, el trabajo de Mengele discurre por aquellas vías científico-naturales exactas, en las cuales su maestro Mollison

era muy versado. Sin embargo, ya desde el comienzo de su actividad científica, Mengele dio muestras de un deficiente subjetivismo que estigmatizó prematuramente a este prometedor científico. Una fue su postulado de certeza de que las "razas" divergían cualitativamente entre sí (lo que estaba de acuerdo por completo con las ideas de Mollison y Fischer) y, como consecuencia de esto, que se podían considerar como solventes los juicios de valor diferencial para cada una de ellas. El otro punto tenía que ver con la propia motivación para el tema elegido. Mengele mismo adolecía desde su nacimiento de la falta simétrica de dos molares en el maxilar superior y un vacío entre los incisivos superiores: ¿era entonces legítimo para sus propósitos científicos que tomara como objeto de estudio un problema del que no estaba libre por su propia patología?

"También en Francfort, donde realizó su segundo doctorado (ahora en medicina bajo la dirección de Verschuer) se dedicó nuevamente a las deformaciones bucales y maxilares, esta vez de niños, que desde hacía años habían sido tratadas en la Sección Cirugía de la Clínica Universitaria. Mengele completó este material con datos sobre personas de los alrededores de Francfort registrados por su maestro en el archivo demográfico del instituto. Estudió más de mil casos de padres e hijos de forma que, finalmente, creyó poder afirmar que las irregularidades constataadas por él estarían, casi con completa seguridad, condicionadas por la herencia. Aún más, constató una correlación positiva entre las deformaciones y otras perturbaciones (hereditarias) como, por ejemplo, idiotez o epilepsia. Se puede suponer que tales hallazgos le fueron muy angustiantes en lo personal.

"Antes de que Mengele se presentase en Auschwitz en mayo de 1943, para continuar las investigaciones de su trabajo de habilitación, estuvo en Berlín con Verschuer. Ahí trabajó con materiales sobre mellizos gitanos preparados por los alumnos de Eugen Fischer. En el curso de los experimentos que seguiría después en Ausschwitz, y que Mengele realizó siempre en su condición de asistente de Verschuer, se muestra nuevamente el característico dualismo entre ciencia objetiva y patraña subjetiva: aquí, exacta antropometría, metódicas y exactas disecciones (efectuadas por Miklos Nyiszli, médico-prisionero de formación convencional); allí, inyecciones de colorante azul en pupilas oscuras dentro de un estudio sobre ojos heterocromáticos en mellizos. En el trabajo realizado en Auschwitz por este doctor, del que a fin de cuentas profitó Verschuer, se mezclan sin cesar empirismo cuantitativo con racismo descarado. Las nuevas e ilimitadas posibilidades de experimentación con seres humanos muestran sin duda uno de los ideales de esta nueva promoción de científicos, que postulaba el abandono de toda ética. En este punto Mengele convirtió la utopía en realidad. Su forma de utilizar mellizos como conejillos de Indias puso de manifiesto una proyección ahora pervertida de aquel extremado positivismo que también había imbuido la ciencia de su maestro.

"En su famoso discurso de 1927, Verschuer se abocó a la comparación científica



de mellizos y realizó más tarde estudios prácticos en el instituto de Francfort, sin embargo, aún sin matar<sup>13</sup>. El hecho de que en los casos de mellizos asesinados de Auschwitz se tratara de judíos y gitanos, puso de manifiesto la irracionalidad de las metas perseguidas dentro de los métodos de una errada ciencia formal, pues de lo que se trataba en estos casos era de demostrar la inferioridad racial de estos grupos (una imputación irracional), y que, precisamente, hacía tiempo era aceptada como ,verdad demostrada, (una conclusión metódica falsa)...”<sup>14</sup>

*d) Los efectos de la ciencia “bajo la óptica racial”*

Este trasfondo cultural e ideológico constituyó el clima ideal para programas de exterminio sin límites, centrados en aspectos raciales y de darwinismo social, perspectiva que, como hemos planteado antes, ya existían antes de la Primera Guerra Mundial y habían abierto cauce a tendencias legislativas para limitar la vida y la reproducción o a exterminar a aquellos seres humanos, que estaban fuera del sistema de producción y/o marginados en la sociedad por enfermedades crónicas o invalidez.

Este tipo de opiniones fueron consiguiendo una creciente aceptación en el cuerpo médico. Paralelamente a los intentos de legalizar la muerte de pacientes por consentimiento personal, al cambiar de siglo, se inició una campaña de minusvaloración de seres humanos con limitada o ya no existente capacidad de rendimiento. Para ésto se recurría a la comparación con aquellos seres “débiles” y “fuera de competencia” que en la “lucha por la existencia”, de no existir la medicina moderna, estarían llamados a sucumbir por “selección natural”. Sobre este punto expresa S. Hahn:

“Preparados ideológicamente de esta forma, impresionados por la muerte de tantos jóvenes sanos en la Primera Guerra Mundial y acicateados por su experiencia con la indigencia social que en ese momento se generalizaba en los establecimientos para enfermos crónicos, inválidos e incapacitados mentales, la conciencia de responsabilidad social de los médicos se invirtió, tomando una dirección inhumana y reaccionaria: la medicina y el estado no podían sacrificar hombres sanos en los campos de batalla, mientras se conservaba la vida a enclenques y enfermos con un alto gasto material y asistencial. La medicina y el estado no debían tomar medidas en contra de la selección natural, ayudando así al empeoramiento de la especie humana. En tanto que la medicina y el estado ostensiblemente no podían lograr condiciones de vida que suficientes para todos, debían tener el valor de promover la vida de los sanos y socialmente fuertes y exterminar las “existencias lastres”. Estas exigencias están formuladas programáticamente en el escrito del jurista K. Binding y del psiquiatra A. Hoche publicado en 1920.”<sup>15</sup>.



Esta referencia corresponde al escrito "La licencia para exterminar vidas sin valor: su medida y su forma" que en su tiempo logró un vivo eco. Tres aspectos de este trabajo ganan un significado central:

a) El calificativo "existencia lastre" logra en él una dimensión de valor y aplicación concreta. En tanto que la existencia del individuo es considerada sólo en relación en su utilidad para el conjunto, pierde a todas luces su valor en sí.

b) El criterio de costos como, por ejemplo, los aspectos económicos de la asistencia para enfermos mentales, se coloca en el centro del interés público y, a través del cálculo de costos en unidades de tiempo (mes, año, etc.), se aduce a "datos" de pretendida racionalidad.

c) Se da curso a reflexiones que demuestran argumentativamente la necesidad del exterminio de vidas como una forma de sanear el "cuerpo de la nación"<sup>16</sup>.

Pross y Aly analizan el contenido y significado de este trabajo en la Alemania de ese tiempo:

"Otras respuestas a la derrota y la crisis fueron la higiene racial y la eugenesia. Según estas ciencias, orientadas a la selección racial y aún en pugna por ser reconocidas, la guerra había raleado las filas de los 'capaces'<sup>17</sup>, pero al mismo tiempo protegido a los 'incapaces', 'débiles', 'inferiores'. Por eso era válido no 'dilapidar' los escasos medios financieros precisamente en los enfermos y dolientes, sino que era más necesario tomar consciencia de lo 'insignificante de la existencia del individuo', la comprensión del 'bienestar de conjunto' que en el bien entendido interés común, 'desecha o elimina partes que han perdido su valor o son dañinas'. Esta frase la había formulado el neuropatólogo de Friburgo, Alfred Hoche. Él publicó en 1920 ese folleto en conjunto con Karl Binding, un jurista que goza de alto prestigio hasta el día de hoy... En tanto que Binding relativizaba la norma de derecho 'no matarás', Hoche argumentaba de manera médico-económica hablando alternativamente de 'muertos de espíritu', 'existencias lastres', 'hombres defectuosos', 'cuartos' u 'octavos de capacidad' enorme capital en forma de alimentos, vestuario y calefacción se resta de la riqueza nacional y se destina a fines improductivos. Como criterio para matar seres humanos —que Hoche calcula en '20 a 30 mil casos'— debía considerarse según él: 'el carácter de cuerpos extraños en la estructura de la sociedad humana', 'la ausencia de todo rendimiento productivo', 'el estado de total desvalimiento' y 'la necesidad de mantención por parte de terceros'<sup>18</sup>.

E. Seidler se remonta a la discusión política de la época para subrayar el significado de este escrito en los tiempos de la República de Weimar:

"El efecto del escrito durante varios años fue extraordinario. Para ilustrar el ámbito [político y cultural] en que ocurría, sería necesario recordar que además, paralelamente y a través de todos los partidos de la República de Weimar, el debate en

torno al aborto y la esterilización también alcanzaba una nueva cualidad. Las pérdidas de la guerra concurren también a dar una tonalidad nueva a las reflexiones eugenésicas originarias; así, se hablaba de 'suicidio de la raza' y de 'muerte de la nación' y se exigía, cada vez con mayor urgencia, excluir de la procreación a determinados grupos para conservar y mejorar al pueblo alemán"<sup>19</sup>.

Sobre el fundamento ideológico de estas reflexiones estratégicas en la concepción nazi, plantean Mitscherlich y Mielcke:

"El interés de Hitler por las medidas 'eugénicas' se ubica en las propuestas programáticas de la NSDAP. Ya en 1933, con fecha 14 de julio, se proclamó la ley sobre 'Profilaxis de descendencia con enfermedades hereditarias'; Gütt, Rüdín y Ruttke presentaron sus extensos comentarios sobre ella en marzo de 1934.

"Con ello fue fijado el punto de partida para un proceso que conducía, por una parte, obligatoriamente a la 'muerte de gracia' de los enfermos mentales incurables y, por otra, a los planes para exterminar las razas consideradas inferiores como polacos, rusos, judíos y gitanos, realizados durante la guerra.

"En este contexto se debe considerar también la acepción 'tratamiento especial' en la que, más aún que en la 'muerte de gracia', se destaca en primer plano un fin utilitario en contraste total con una ideología humanitaria.

"Estos esfuerzos en pro de la 'salud de la nación' y el 'asegurar la alemanidad de la población' se pueden resumir en tres planos principales:

- 1) El programa de eutanasia para 'enfermos mentales'.
- 2) El exterminio directo de poblaciones étnicas indeseadas y enfermos indeseados por 'tratamientos especiales'.
- 3) Trabajos experimentales preparatorios para esterilizaciones masivas"<sup>20</sup>.

Sobre el gran significado que para los especialistas tuvieron los comentarios de personalidades académicas tan competentes como Gütt, Rüdín y Ruttke, expresa A. Thom:

"En los años siguientes estos comentarios fueron completados varias veces y difundidos constantemente en nuevas ediciones. Formaban parte de la literatura estándar en la práctica médica. A. Gütt representaba a la Sección de Medicina del Ministerio del Interior, E. Rüdín la posición de la higiene racial y de la psiquiatría orientada bajo la óptica de la herencia biológica, F. Ruttke, como jurista, las posiciones de contenido normativo de los procedimientos legales del Ministerio de Justicia"<sup>21</sup>.

Sobre la aplicación de la "solución definitiva" en contra de hijos de gitanos (roma y sinti) en Auschwitz-Birkenau como consecuencia de esta ley, expresa drásticamente un testigo presencial:



“El exterminio de hijos de gitanos comenzó en abril de 1943. Un día, el médico jefe del campo de concentración le preguntó al comandante del campo: -‘¿cuántos niños tiene Ud. aquí?’, ‘cuatro mil’ se le respondió. ‘Ud. tiene dos mil de más, envíe a los otros al baño’. Al próximo día la mitad de ellos fue muerta por gas”<sup>22</sup>.

*e) El espíritu exterminador de la época en la psiquiatría*

La psiquiatría había de ocupar un lugar importante dentro de esta reconceptualización manipuladora de la teoría y práctica médicas. Se transformó ante todo el trabajo clínico cotidiano de diagnóstico, ya que en él se interpretaban consignas ideológicas tendenciosas como categorías psiquiátricas solventes para la práctica. Chr. Schröder describe esta situación:

“Casi todos los terapeutas se adhirieron a la vacua ‘calificación de valor de la enfermedad’ que colocaba en oposición la conducta ‘antisocial’ o ‘extraña a la sociedad’ frente a la conducta ‘socialmente adaptable’. Lo ‘extraño a la sociedad’ fue utilizado arbitrariamente en el marco del conjunto social para estigmatizar bajo supuesta asociabilidad a toda minoría que hubiera que marginar o exterminar”<sup>23</sup>.

Estas consignas culminaban entre otras en las siguientes conclusiones paradigmáticas:

“La psicoterapia constituye una disciplina ‘propia de la raza’ y de la ‘nación étnica’ (völkische) y, en un proceso de autopurificación, apartará todos los elementos ‘extraños a la raza’ en sus concepciones y métodos. Se desaconseja del tratamiento con un terapeuta de ‘raza extraña’, ya que no [puede] tener efecto, resonancia alguna en lo inconsciente, esto ocurre en términos específicamente raciales”<sup>24</sup>.

A. Thom concretiza este proceso al interior de la psiquiatría en los siguientes aspectos:

“La llamada ‘investigación psiquiátrica basada en la herencia biológica’ creció en forma rasante después de 1933. Con la fundación de secciones de ‘herencia biológica’ en sanatorios y clínicas, se incorporó entonces a ella un gran número de psiquiatras de esos establecimientos y, en la expansión consiguiente, fueron surgiendo nuevos centros de investigación”<sup>25</sup>.

A todo esto, Hitler tenía claro el significado constitucional de una ley de eutanasia y al parecer temía las consecuentes reacciones tanto internacionales como en el interior del país, pues ni en 1939 ni tampoco después se mostró dispuesto a firmar los proyectos oficiales de ley sobre “eutanasia” que le fueron presentados varias veces por el Consejo de Estado (Reichsausschuss). Mediante una maniobra, llegó a aprobar, a fines de octubre de 1939, una praxis subrepticia de matar: en un



“certificado de autorización”, fechado retrospectivamente el 1º de setiembre de 1939, encargaba a su médico personal Karl Brandt y al secretario de gobierno Philipp Boulehr “...Ampliar nominalmente a determinados médicos la facultad de dar muerte de gracia a enfermos incurables, según un criterio humanitario y después de una evaluación crítica del estado de su enfermedad”<sup>26</sup>. Este decreto no se basaba en ninguna de las leyes válidas existentes y estaba formulado en forma tan global que, en consecuencia, podía ser interpretado ilimitada y arbitrariamente.

Basándose en el desarrollo de la psiquiatría militar, Riedesser y Verderber ilustran en forma muy clara la interrelación entre el curso de la guerra y la participación de los profesionales:

“Al comienzo de la Segunda Guerra Mundial, la psiquiatría militar alemana se mostró como ‘exitosa’ porque en la primera fase de la guerra no tuvo lugar la temida aparición masiva de ‘neurosis de guerra’, como había sucedido en la primera guerra. Las ‘blandas’ complicaciones funcionales observadas, especialmente del aparato digestivo, fueron ‘tratadas’ en conjunto con los internistas (en lazaretos o secciones de ‘tratamiento ultrarrápido’) y acompañadas de la necesaria presión disciplinaria de forma tal que los pacientes retornaban a sus correspondientes unidades en el frente o eran enviados a ‘batallones de débiles de vientre’. Sólo una parte relativamente pequeña pudo ser declarada como ‘no apta para el combate’. En especial durante el tercio final de la guerra fueron empleados a plena conciencia ‘métodos terapéuticos’ brutales (‘Pansen’: dolorosas irritaciones de la piel por medio de electricidad galvánica; ‘cura de Brockhausen’: tratamiento con golpes de electricidad; y ‘psicoterapia’ con las alternativas de volver al frente o ir a consejo de guerra o a un programa de eutanasia). Finalmente todos los oficiales fueron obligados a levantar la ‘moral’ de las descompensadas tropas alemanas por medio del adoctrinamiento nazi para hacer posible, por supuesto, la ‘victoria final’, pero en verdad para alargar la agonía del Estado fascista”<sup>27</sup>.

#### f) *“Medidas eutanásicas” sobre menores de edad*

El registro de menores, de interés para el ‘Consejo de Estado’, había empezado ya en agosto de 1939 a través de una circular secreta del Ministerio del Interior (del 18 de agosto de 1939). Mediante esta ordenanza, fueron concitados médicos y matronas a registrar a aquellos niños menores de tres años que estuvieran:

“... afectados de nacimiento por las siguientes dolencias graves:

- 1) Idiotez, mongolismo (en especial casos unidos a ceguera y sordera).
- 2) Microcefalia.
- 3) Hidrocefalia en estado grave o avanzado.

- 4) Deformaciones de todo tipo, especialmente falta de miembros, fisuras graves del cráneo y la columna vertebral.
- 5) Parálisis, incluida la enfermedad de Little<sup>28</sup>.

Estos informes debían conducir al ingreso de los infantes registrados en las 'secciones infantiles especiales' para ser exterminados sin causar revuelo. Sobre organización y finalidad de estas, denominadas eufemísticamente 'nuevas instalaciones' nos informa A. Thom:

"Para directores de estas 'secciones infantiles especiales', el 'Consejo de Estado' eligió a miembros activos y de confianza del NSDAP, los que fueron instruidos en sus tareas por la central de Berlín. Como documento justificados de la legalidad jurídica de tales labores se utilizaba el ya mencionado 'certificado de autorización' de Hitler sobre los procesos realizados después de 1945 en contra de médicos y personal paramédico, procesos que en los primeros años condujeron a fuertes penas —incluso de muerte—, se infiere que los implicados aplicaban invariablemente las órdenes que les eran impartidas, dando como motivo principal su compasión por la presunta incapacidad para vivir de esos niños... La cantidad total de víctimas del 'Consejo de Estado' se estima en un mínimo de 5.000 niños. El total de niños y jóvenes retrasados mentales que fue asesinado en el marco de la 'eliminación de vidas sin valor' es significativamente mayor... Un aspecto especialmente macabro de esta acción criminal organizada era el hecho de que, incluso basada en proceder tan inhumanos, ella coincidía con los intereses de investigación de renombrados científicos de la época que pretendían adquirir conocimientos más profundos sobre las causas de la demencia y ciertos tipos de enfermedades, precisamente por medio del trabajo de patología cerebral con cerebros infantiles... El catedrático de psiquiatría de Heidelberg, Carl Schneider, a comienzos de 1941, concibió un 'plan de investigaciones psiquiátricas' que preveía, entre otras cosas, la transformación de algunas de las llamadas 'secciones infantiles especiales' en departamentos de investigación del 'Consejo de Estado'. Antes de ser muertos, los niños considerados 'sin valor para vivir', podrían ser objeto allí de intensas investigaciones fisiológicas y psicológicas, cuyos resultados podían ser comparados con los análisis morfológicos de los cerebros extraídos posteriormente... El Ministerio del Interior concedió importantes aportes financieros al programa de investigación ideado por C. Schneider que estaba concebido para un período de 15 años..."<sup>29</sup>.

#### g) La "Acción T4"

A comienzos de 1939 y en el curso de los preparativos inmediatos para la guerra, se inició además la planificación de una fuerte reducción del número de camas en los establecimientos psiquiátricos<sup>30</sup>.



En las primeras apreciaciones del número de pacientes cuya muerte debía ser organizada centralmente para lograr una “descongestión” de los establecimientos psiquiátricos, se partía de que 5 de cada 10.000 habitantes requerían asistencia psiquiátrica estacionaria y que dentro de ese círculo de personas se registraba al menos 1 caso de “vida exenta de valor”, de lo que resultaban unos 65 a 70.000 casos de ese tipo, de acuerdo a la cifra total de población en la región de dominio alemán de ese tiempo.

Sobre la estrecha coordinación y exacta realización de estas “medidas especiales” plantea A. Thom:

“En julio de 1939 se formó una comisión que debía asesorar los detalles del proyecto a la que, además de Brack, pertenecían H. Linden, representante de la Sección Medicina del Ministerio del Reich, los profesores de psiquiatría M. de Crinis, B. Kihn, W. Heyde y C. Schneider, así también como algunos selectos directores de establecimientos. Esta comisión estableció la estructura institucional, procedimientos y, en especial, el sistema de dictámenes y, en base a un peritaje del Instituto Técnico de Criminalística de la Oficina Central de Seguridad del Reich, eligió la asfixia con anhídrido carbónico como método de dar muerte. Para llevar a cabo las tareas organizativas fueron creadas, estrechamente vinculadas y subordinadas a la Secretaría del Führer, las siguientes instituciones:

- 1) La ‘Sociedad Nacional de Trabajo en Sanatorios y Centros de Cura’
- 2) La ‘Compañía de Utilidad Pública para Transporte de Enfermos’
- 3) La ‘Fundación de Utilidad Pública para el Cuidado de Establecimientos’

Como las oficinas centrales para la administración de este aparato en rápido crecimiento (que en 1940 ocupaba ya cerca de 500 empleados) pronto desbordaron la Secretaría del Führer, fueron trasladadas a una villa en la calle Tiergarten 4 en Berlín, de donde derivó su nombre en clave: ‘T4’

“Ya el 9 de octubre fueron enviadas las cédulas de inscripción –en el intertanto impresas– a una serie de sanatorios y centros de cura, acompañadas de una hoja de instrucciones en la que se insertaba una circular del Ministerio del Interior que exigía a la mayor brevedad enviar estos documentos de inscripción a la ‘Sociedad Nacional’. En ella no se mencionaba el verdadero motivo de las medidas, sino que se hablaba de traslados en el marco de las necesidades determinadas por la guerra. En las cédulas de inscripción utilizadas en 1939 se exigía, además de los datos personales, información sobre diagnóstico, caracterización del trabajo realizado en el establecimiento, información sobre la duración de la estadía en el hospital así como de nacionalidad y raza”<sup>31</sup>.

En la “hoja de instrucciones” se subdividía con precisión a los respectivos grupos de pacientes:



“Deben ser inscritos los pacientes que

- 1) sufran de las siguientes enfermedades o sólo puedan realizar trabajo mecánico (escarmenar lana o similares): esquizofrenia, epilepsia (mencionar si es exógena, provocada por lesión de guerra u otra causa), enfermedades seniles, parálisis refractaria a la terapia y otras dolencias sifilíticas, imbecilidad por cualquier causa, encefalitis, Huntington y otros estadios neurológicos terminales, o
- 2) quienes se encuentren por lo menos 5 años en forma permanente en establecimientos, o
- 3) se encuentren recluidos como enfermos mentales criminales, o
- 4) no posean la nacionalidad alemana o sean no alemanes o parientes de sangre”<sup>32</sup>.

En referencia al curso que en los hechos siguió esta “acción especial” agrega A. Thom:

“Las cédulas de inscripción, llegadas a la central berlinesa de la ‘Sociedad de Trabajo’ eran evaluadas en juicios sumarísimos por psiquiatras encargados que tomaban la decisión de ingresar a un paciente a los programas de eliminación exclusivamente en base a los datos de estas cédulas. Para los pacientes destinados a la ‘eutanasia’ se confeccionaban listas de transporte. En primer lugar, se les llevaba a establecimientos de tránsito escogidos, desde los cuales se les conducía posteriormente a las verdaderas instalaciones donde se les mataba. Para informar a los parientes existía un *modus operandi* definido de antemano, según el cual los establecimientos de tránsito debían declarar el ingreso de pacientes enviados, con la referencia a las disposiciones del ‘Comisario de Defensa del Reich’; sin embargo, cuando eran recogidos por la ‘Compañía de Utilidad Pública para Transporte de Enfermos’ sólo estaba permitido informar a los parientes que había tenido lugar un traslado a otro establecimiento, desde el cual a su tiempo se les comunicarían noticias detalladas. El engaño de los parientes se continuaba entonces por medio de falsas noticias sobre causas de muerte y a veces también sobre la fecha de fallecimiento. Estos datos eran compilados en ‘registros civiles’, especialmente dispuestos junto a los mismos establecimientos para matar, y desde donde salían las ‘cartas de condolencia’ enviadas oficialmente”<sup>33</sup>.

Por medio del sistema de traslados sucesivos de los pacientes en establecimientos de tránsito, se debía dificultar a los parientes tomar contacto con ellos, sobre todo porque las estadías allí no duraban mucho tiempo<sup>34</sup>.

Las aclaraciones de A. Thom dan asimismo una visión de la organización de los últimos establecimientos de estadía de los pacientes en esta cadena de exterminio:

“Las instalaciones para dar muerte estaban rodeadas de especiales medidas de seguridad y ubicadas dentro o en las cercanías de clínicas psiquiátricas. Las instalaciones

para dar muerte por gas estaban camufladas como salas de ducha y había cuartos de disección y crematorios especialmente instalados, en los cuales los cadáveres de los asesinados podían ser incinerados de inmediato. La dirección de estos establecimientos estaba encomendada a psiquiatras calificados como personas de confianza cuyas labores, además de asegurar la marcha organizativa, consistía en:

- a) un último y fugaz examen de los pacientes llegados en transportes;
- b) establecer las causas de fallecimiento en las cartas de condolencia;
- c) hacer funcionar el gas, con su propia mano, en la acción de matar;
- d) certificar la muerte de los afectados y
- e) en casos especiales, sobre todo de formaciones craneanas anormales, realizar disecciones y enviar los cerebros extraídos al Instituto de Investigación Kaiser Wilhelm de Berlín<sup>35</sup>.

A. Thom calcula la cifra total de víctimas de esta acción para asesinar, coordinada a alto niveles de la política y la psiquiatría, en 70.273<sup>36</sup>.

El abuso de categorías científicas, surgidas de la antropología física, que abrió el camino para hacer un diagnóstico justificando la segregación masiva de "extraños", culminó en el proyecto de la llamada "Ley sobre Extraños a la Comunidad" (Gemeinschaftsfremdengesetz) de 1940, cuya fundamentación jurídica se dejó hasta el final de la guerra y, sin embargo, en cuyo nombre se realizó el mayor exterminio masivo de grupos marginados indeseados (gitanos, prostitutas, tuberculosos y otros) en los territorios ocupados por los nazis<sup>37</sup>.

### *EXCURSO: El juicio de Nuremberg*

En la reconstrucción jurídica de las actividades de exterminación masiva ante el Tribunal de Nuremberg, Karl Brandt hizo mención a un suceso de 1939 que debía haber dado el motivo a Hitler para el 'certificado de autorización'. El padre de un niño deformado se habría dirigido a Hitler y solicitado permiso para dar la 'muerte de gracia' a su hijo. Karl Brandt declaró formalmente:

"Hitler me encargó entonces que tomara el asunto y viajara inmediatamente a Leipzig —el hecho había sucedido allí— y llegando a destino encontrara la confirmación de lo declarado. Se trataba de un niño, ciego de nacimiento, que parecía idiota y al que además faltaba una pierna y parte de un brazo... La posición de los médicos era que mantener con vida a un niño así en verdad no se justificaba..."

Según el careo de Brandt, hubo una evidente premeditación en cuanto a la planificación e implementación del exterminio de estas 'vidas sin valor' pues en relación a lo oportuno de tomar estas medidas en tiempos de paz, Hitler habría expresado al Dr. Wagner, médico jefe del Reich, que ,si viene la guerra, él cogería



y realizaría el asunto de la eutanasia', porque el Führer era de la opinión que durante la guerra llevar adelante un asunto así sería de por sí más fácil y libre de obstáculos, pues la resistencia pública que habría que esperar del lado eclesiástico, en las condiciones generales de guerra, no tendría el mismo peso que en condiciones normales.<sup>38</sup>

Sobre las pautas de responsabilidad de los diferentes médicos en el programa de eutanasia, como testigo en su propio caso, manifestó Karl Brandt para las actas:

"Cada médico era responsable de sí mismo en las actividades que desarrollara dentro de la serie de medidas que conducían finalmente a la eutanasia. Cada uno de los médicos era absolutamente responsable del tipo de veredicto que diera en su peritaje, también lo era el perito jefe. Él tenía tanta responsabilidad como el médico de los establecimientos de eutanasia. En ningún caso se debe entender que los médicos que trabajaban en este contexto hubiesen estado compelidos a efectuar la eutanasia en caso que, de acuerdo a su propia opinión, no hubiesen estado a favor. Por el contrario, si no estaba de acuerdo, bajo cualquier circunstancia, él tenía la obligación de no realizar la eutanasia.

"Debido a esta facultad de decisión, el médico cargaba con una gran responsabilidad. Por otra parte, no se trataba sólo de que él tuviera la posibilidad de decidir entre la vida y la muerte, sino que también por el hecho de que, en verdad, él era corresponsable de que ese individuo siguiera con vida. Tal vez se deba mencionar esto para poder efectivamente ver y juzgar en justicia lo que a cada ser humano le toca en esto.

"La responsabilidad estaba en manos de cada uno de los que participaron en esto. Calculo que hubo unos diez a quince, pueden haber sido incluso veinte los encargados de peritaje, que ejercieron su función después de recibir del perito jefe las respectivas instrucciones, aclaraciones y ordenanzas...

"Para mí se agrega, tal vez decisivamente, que era el propio jefe de estado quien me había impartido esa misión y que yo de seguro no podía esperar que, a través de un tal decreto, fuera a recibir (de él) la orden de cometer un acto criminal de cualquier tipo; y también a continuación se mostró, para mí como para los otros, que en todas partes se actuaba así, como (que) si todo efectivamente quedaba en orden y, para nosotros, era correcto"<sup>39</sup>.

La construcción argumentativa de este alegato al Tribunal da testimonio de una gran coherencia retórica para articular la propia implicación personal y la de los otros médicos responsables de la acción de eutanasia. Estas aclaraciones muestran la convicción del acusado en el sentido de que tenía que haber existido un sólido consenso entre los médicos que habían participado en ella. De parte de los médicos involucrados por de pronto existía, un conocimiento cabal de lo realizado y de la responsabilidad de cada quien. Hubo sólo participantes voluntarios en estas



acciones para matar. El edificio argumentativo conduce sin embargo en forma convincente a diluir la propia responsabilidad ya que, de partida, se destaca la obligación de cada médico en particular, de evitar daños al conjunto de la nación "por el hecho de que en verdad él era corresponsable de que ese individuo siguiera con vida", es decir, el poder de decisión no concernía a cada una de las personas señaladas, sino que —y esto era fundamental— a la comunidad. De este modo, Brandt muestra a individuos abandonados a sí mismos, que debían tomar decisiones fuera de toda ponderación, atendiendo sólo a la situación general pues, aun cuando eran conscientes de ser parte de una cadena de decisión estructurada jerárquicamente, la orden de continuar el transporte al siguiente, y último, establecimiento así como la de dar muerte por gas se daba individualmente. Con esto se adjudica al perito tanto una participación por convicción (motivaciones elevadas), como también el tener que soportar constantemente una pesada carga. Mediante una conclusión magistral, se traspasa el conjunto de la responsabilidad al jefe de estado: el Führer en persona no podía ordenar, por supuesto, la realización de acciones criminales, "y también a continuación se mostró para mí, como para los otros, que en todas partes se actuaba así..."

Karl Brandt coloca sus propios puntos de vista sobre la eutanasia dentro del contexto del amor al prójimo:

"...Tras de ello hay (la intención de): llevar una ayuda al ser humano que no se puede ayudarse a sí mismo y que prolonga su existencia bajo dolencias torturantes... Además, el paciente confía en que se le ayude y, de la misma forma, lo esperan sus parientes y con certeza se puede afirmar en este mismo contexto, lo que después aparece en el periódico, que el paciente ha sido liberado de sus padecimientos... También se ha expresado con frecuencia de parte de la iglesia —y quisiera referirme especialmente a Martín Lutero— que la vida que lleva un idiota ciertamente no es de la complacencia de Dios —y él lo consideró como algo antinatural—... Cuando alguien quiera decidir sobre el problema de la eutanasia y emitir un juicio sobre ella, tiene que ir a un manicomio y permanecer ojalá algunos días entre los enfermos. Después se le puede hacer dos preguntas: la primera sería si él, como ser humano, quisiera vivir así y la segunda, si él quisiera que a un pariente suyo, tal vez su hijo o sus padres, se le exigiera prolongar su vida en esas condiciones. La respuesta resultante no es compatible con el concepto 'orden demoníaco', pues ella será claramente de agradecimiento profundo por la propia salud. Y sobre el problema de lo humano, ¿qué es más humano? ¿ayudar a un tal ser a encontrar un final tranquilo o seguir cuidándolo y asistiéndolo? Esta respuesta se da por sí misma desde luego, aunque no se la exprese abiertamente..."<sup>10</sup>

Karl Brandt fue condenado a muerte por el Tribunal de Nuremberg. El Tribunal respondió la argumentación anterior de la siguiente manera:

“No dudamos que Karl Brandt, como él mismo expresó, creía sinceramente que se debía hacer eutanasia a enfermos incurables, cuya vida era una carga para ellos mismos y que provocaba al estado o su familia enormes costos. Este tribunal no se ocupa de la cuestión abstracta de si la eutanasia se justifica en ciertos casos de las mencionadas categorías. Tampoco nos ocupamos aquí de la pregunta de si un estado puede dictar leyes válidas que apliquen la eutanasia a ciertas categorías de sus ciudadanos. Aunque supongamos que ese estado tuviera el derecho de hacerlo, la comunidad internacional no está obligada a reconocer una legislación tal, (tanto más) cuando existe la evidencia de que ella inequívocamente legaliza la muerte y tortura de seres humanos indefensos y débiles de otra nacionalidad”.

“El material probatorio es concluyente pues en el programa fueron incluidos no alemanes. La negligencia del acusado Brandt contribuyó a su exterminación. Esto es suficiente para concitar a este tribunal a constatar su responsabilidad en ese programa”<sup>41</sup>.

El Tribunal no trató el tema de si un estado tiene el derecho a concebir y desarrollar tales programas para la propia población, sino que se remitió a la posibilidad del no reconocimiento de leyes de ese tipo por parte de la comunidad internacional. Como consecuencia directa del juicio de Nuremberg se puede considerar el rechazo expreso de todo tipo de prácticas de eutanasia, contenido en el postulado octavo del Código Médico que fue aprobado en Ginebra en 1948 por la Asociación Médica Mundial.

## 2. EXPERIMENTOS DE RESULTADO LETAL CON SERES HUMANOS

Experimentos con seres humanos son intervenciones médicas bien definidas y e implican tratamientos de prueba, realizados con seres humanos, con el fin de obtener resultados empíricos indispensables e imposibles de obtener de otra forma. En esta área entran igualmente tratamientos curativos de nuevo cuño, de inequívoca relevancia, y que no puedan ser adoptados sin una prueba clínica de eficacia terapéutica.

En las dos primeras décadas de este siglo, y como reacción directa frente a los experimentos de bacilos de tuberculosis con niños realizados en Lubeca, surgió en Alemania una acendrada conciencia del significado de la responsabilidad médica frente al conjunto de la sociedad.

Julius Moses, editor del periódico ‘El Médico de Caja de Seguro’, había escrito en 1939:

“Justamente sobre el problema de los experimentos médicos, la opinión pública debe expresarse urgentemente. El paciente no es ningún ‘material’, ningún ‘caso’, ningún ‘probante’ y ningún ‘objeto de experimento’, sino un ser humano con



voluntad y derechos de decisión propio. Él no existe debido a la medicina, sino que la medicina debe a él su razón de ser. Lo que suceda al paciente debe ser justificado por el médico no ante un círculo de especialistas, sino ante el pueblo. Como los experimentos se realizan exclusivamente en establecimientos públicos para enfermos, este tema concierne al interés público. Los establecimientos se mantienen con medios públicos por lo que están sujetos a la crítica y control públicos. La actividad de los médicos en esos establecimientos no es su asunto privado, sino que, como ellos fueron contratados ahí en interés de la salud de la comunidad, deben subordinarse al control de la opinión pública<sup>42</sup>.

En su obra sobre experimentos criminales en los campos de concentración, desde una perspectiva histórica retrospectiva constatan A. Hommel y A. Thom:

“En la segunda mitad del siglo XIX tuvo lugar una expansión considerable de procedimientos experimentales en la investigación médica en el campo de la investigación básica científico natural, por lo cual en patología, bacteriología y farmacología se hizo con frecuencia y gran extensión, además de experimentos con animales, experimentos con seres humanos. La ampliación de conocimientos, obtenidos por esta vía, promovió una nueva concepción de la ciencia, incluso en el ámbito clínico, en el cual la búsqueda de un diagnóstico y una terapia con bases científicas condujo también en fuerte medida al uso de métodos experimentales para probar la efectividad de los métodos terapéuticos...”<sup>43</sup>.

Hommel y Thom derivan de la influencia recíproca entre opinión pública y poder legislativo —en la Alemania de vueltas de siglo y hasta los años 30— un desarrollo que ya en 1931 condujo a las detalladamente elaboradas “Normas para los tratamientos curativos de nuevo tipo y la ejecución de experimentos científicos en seres humanos”. Estas normas fueron aprobadas legalmente por el Ministerio Nacional de Salud y los Ministerios del Interior y de Justicia<sup>44</sup>. Estos autores infieren:

“Desde el cambio de siglo, la creciente actitud crítica frente a la muy poco responsable disposición [de algunos médicos] al empleo de métodos experimentales en la investigación médica promovió una conciencia del problema y posibilitó la fijación de reglamentaciones normativas para el trato científico con seres humanos que limitarían los procedimientos éticamente dudosos...”<sup>45</sup>.

Pero agregan:

“Si bien las disposiciones básicas de ética y los preceptos normativos sobre experimentos con seres humanos, elaborados hasta el comienzo de los años 30, no fueron [en adelante] ni cuestionados ni anulados oficialmente por disposiciones legales distintas, incluso durante los años de la dictadura fascista, perdieron en ese tiempo paulatinamente su validez y efectividad.”<sup>46</sup>.



En el contexto de este estudio es importante constatar aquí que en Alemania, ya antes de la toma del poder por los nazis, las discusiones sobre ética médica tenían gran actualidad y existían medidas legislativas con el objetivo expreso de controlar con exactitud los experimentos con seres humanos y de considerar la relevancia de las investigaciones pertinentes en el marco de una opinión pública crítica.

#### *a) Experimentos con sulfonamidas*

La decisión de realizar experimentos de sulfonamidas con prisioneros se tomó en la Secretaría del Reich en mayo de 1942. A ello parecen haber conducido dos factores. En primer lugar, una crisis de confianza de los soldados hacia la asistencia médica que se les brindaba en los frentes de batalla; crisis en la cual el alto número de heridos que provocaba el enemigo y la limitada capacidad de tratamiento de que se disponía atizaban el miedo en las tropas<sup>47</sup>. En segundo lugar, la muerte de Reinhard Heydrichs en Praga, que fue considerada como una verdadera catástrofe en el Cuartel General de Hitler<sup>48</sup>. El hecho de que Heydrichs, recién catorce días después del atentado falleciera a consecuencia de una infección de las heridas, hizo crecer como maleza las especulaciones sobre posibles medidas médicas para salvarlo, que no habrían sido aplicadas en su tratamiento, y determinó la decisión de iniciar los experimentos con urgencia<sup>49</sup>. El uso de sulfonamidas en los heridos de guerra fue presentado, desde la perspectiva del servicio sanitario, como una compensación al déficit de cirujanos en las primeras líneas de fuego ya que, de otro modo, los heridos quedarían sin asistencia. Con esto, el alto mando de guerra intentaba incidir directamente sobre el persistente proceso de descomposición de la moral de combate en las tropas.

La eficacia terapéutica de sulfonamidas para el tratamiento de "lesiones similares a las de origen bélico" debía ser comprobada por el Prof. Dr. Karl Gebhardt en el marco de experimentos con prisioneros de campos de concentración. Éste se desempeñaba como médico clínico mayor de la Sección Médicos de las SS y de la policía y, en esas funciones, había sido enviado de urgencia a Praga después del atentado a Heydrich para tratarlo. Sin embargo, debido a un atraso de su vuelo no había podido participar personalmente en la operación de emergencia a que fuera sometido el "delegado protector de Bohemia y Moravia" (Heydrich); por otra parte, se supone que habría atraído el enojo de Hitler ya que había desestimado el traer a otros médicos de Alemania para atender el difícil caso. De modo que los experimentos con sulfonamidas podían rehabilitarle ante la dirección del nazismo<sup>50</sup>.

El Prof. Gebhardt, sin embargo, no se limitó a realizar experimentos con sulfonamidas, sino que también participó en otros experimentos con internados de campos de concentración, por ejemplo en experimentos de transplante óseo con prisioneros. De la KLD se puede extraer:

“Hice una revisión muy minuciosa de todas las polacas, a las que llamábamos ‘Versuchskaninchen’ (conejillos de indias, en alemán en el original). Todas las mujeres estaban condenadas a morir; habían servido para experimentos o heridas de quemaduras en las que los médicos alemanes cultivaban seros y a las que también se les había extraído pedazo de hueso para injertos ulteriores. Estos pedazos de huesos debían ser utilizados en investigaciones especiales para soldados de los frentes de batalla”<sup>51</sup>.

La serie de experimentos de sulfonamidas ha sido descrita por prisioneros afectados de la siguiente forma:

“A los probantes se les provocaba heridas intencionales, las que eran infectadas, por ejemplo, con estreptococos, gangrena y tétano. La circulación sanguínea era interrumpida ligando los vasos sanguíneos a ambos lados de la herida para lograr una situación semejante a una herida sufrida en el campo de batalla. Se complicaba la infección introduciendo con violencia astillas de madera y polvo de vidrio en las heridas... Después de infectar artificialmente se comenzaba el tratamiento con sulfonamidas para poder evaluar con exactitud su eficacia”<sup>52</sup>.

En estos experimentos no se empleaban anestésicos y en las observaciones, se subdividían los prisioneros en tres grupos femeninos y tres masculinos. Sobre el curso concreto de los experimentos, el Dr. Samuel Steinberg relató a la comisión investigadora:

“En el bloque N° 20, los alemanes realizaron también experimentos con un preparado de sulfonamida, de nómina B. 1034 y administrado a muchos enfermos. Este medicamento demostró (ser) en general eficaz, pero no dio resultado en el tratamiento de flegmones y heridas. La investigación sobre el efecto curativo del B. 1034 se continuó en el bloque de cirugía N° 21 con una gran cantidad de enfermos, pero (fue) sin resultado para heridas y supuraciones graves. A pesar de haber sido tratados con este medicamento, varios casos de septicemia resultaron mortales”<sup>53</sup>.

A pesar de toda la precisión sistemática y la ausencia absoluta de consideración para con los prisioneros, bajo riesgo de enfermedad y muerte, estos experimentos –vistos retrospectivamente– nos remiten a una ironía: ese abyecto quehacer médico surgía de un ámbito de gran ignorancia, si se considera “que ya desde el año 1940 existían suficientes conocimientos seguros sobre la utilidad de sulfonamidas en el tratamiento de heridas infectadas”<sup>54</sup>. No obstante, en un sentido publicitario, fue importante dar a conocer los primeros resultados en mayo de 1943, durante la „Tercera Sesión de Médicos Consejeros de la División Este del Ejército“ en Berlín. El Dr. Fischer, representante del Prof. Gebhardt, dio allí una



conferencia sobre el tema „Experimentos especiales sobre efectos de sulfonamidas“. Acerca de las circunstancias que acompañaron a esta ponencia, él declaró ante el Tribunal de Nuremberg:

“En las exposiciones efectuadas por el Dr. Gebhardt y por mí fue planteado con toda claridad que se había efectuado experimentos con prisioneros de un campo de concentración.

El Prof. Gebhardt comenzó con las siguientes palabras: ‘Asumo la completa responsabilidad humana, quirúrgica y política de estos experimentos’<sup>55</sup>

Sobre este punto complementan Mitscherlich y Mielke:

“En la sesión participaron unos doscientos médicos consejeros del Ejército. El Prof. Gebhardt hizo la introducción de la ponencia presentada por el Dr. Fischer. En ella expresó que los experimentos habían sido dispuestos por orden de las más altas autoridades del estado y que los probantes se habían escogido entre condenados a muerte, a quienes se les había asegurado el indulto. De su preámbulo no se infirió que se tratara ni de presos políticos ni de mujeres. Tampoco se mencionó el lugar de los experimentos. De la ponencia del Dr. Fischer se podía deducir el número de probantes, su distribución y el método general de los experimentos; además, que se habían producido tres casos mortales. Durante la discusión plenaria de ese día, no se escuchó ninguna objeción en contra de la forma de experimentar con seres humanos efectuada por Gebhardt y Fischer”.<sup>56</sup>

En el Tribunal de Nuremberg se dio la oportunidad de aclarar sin tapujos estas investigaciones con seres humanos. Después de su interrogatorio por el fiscal, el Dr. Fischer expresó lo siguiente:

“Primero y por sobre todo, como médico lamento que el destino me haya obligado a violar la ley fundamental *nihil nocere* y que seres humanos se presenten a mí para testimoniar, no que yo los haya ayudado, sino que los haya dañado, Y (el) que se trate de mujeres, lo lamento aún más profundamente. He aprendido, no obstante, que un hecho –cuando se comete y después cuando va a ser juzgado– se debe considerar según los motivos y las circunstancias acompañantes que lo originaron. Las prácticas –por cuya causa comparezco ante este tribunal– tenían como razón básica y exclusiva el ayudar a heridos (de guerra). Debía proporcionarse una ayuda en esos tiempos singularmente difíciles, en que los heridos se contaban por millones. Y los hechos fueron cometidos por mí como miembro obediente del número, de la masa en las Fuerzas Armadas Alemanas. La fe y confianza en el derecho legal de la autoridad, del estado y del Führer, así me parecía entonces, confería cobertura legal y justificación y, como me fue expresado con insistencia, me eximía de la responsabilidad individual. En estos tiempos de lucha a vida o



muerte de mi pueblo, en un tiempo en que lo que estaba en juego era la decisión final, creí –ya que yo no era miembro de un movimiento de resistencia–, que el estado tenía razón para tomar medidas que estuvieran por sobre el horizonte y la capacidad de comprensión del ser individual... El estado con su sentido de la obediencia y estructura marciales y, por otra parte, una personalidad médica como Gebhardt, fueron los móviles que me colocaron frente a la alternativa en la que tuve que elegir entre desobediencia en estado de guerra o la obediencia y entonces, consideré como el peor delito la desobediencia, la sublevación durante la guerra”<sup>57</sup>.

En el proceso hecho al Prof. Karl Gebhardt en el Tribunal de Nuremberg se tomó conocimiento de sus precisas aclaraciones sobre el curso de los experimentos, pero no se registró ningún intento ulterior de justificación de su parte. El Tribunal fijó su posición de la siguiente manera:

“No vemos que se pueda utilizar el principio de orden superior como defensa contra las acusaciones contenidas en el escrito acusatorio. Este principio no podría ser aplicado nunca en un caso en el cual a quien se le imparte la orden dispone de libertad para aceptarla o rechazarla. Tal era la situación en el caso de Gebhardt. El material probatorio muestra, en forma totalmente inequívoca, que a él no se le ordenó realizar los experimentos, sino que él buscó la oportunidad de realizarlos. Esto es especialmente válido para el caso de los experimentos con sulfonamidas: de hecho Gebhardt arrebató la directiva de los experimentos a Grawitz para demostrar que ciertos procedimientos quirúrgicos, recomendados por él en el lecho del moribundo Heydrich, eran tanto científica como médicamente superiores a los del Dr. Morell, médico personal de Hitler...”<sup>58</sup>.

El Prof. Karl Gebhardt fue condenado a muerte y el Dr. Fischer a cadena perpetua. La base jurídica de los veredictos la constituyó el hecho que las personas sometidas a experimentos eran miembros de una nación ajena. El texto de este razonamiento expresa:

“Otro argumento contenido en el escrito del defensor busca fundamentarse en la discutida idea de que, por el interés general de aliviar el sufrimiento humano, un estado puede ordenar la realización de experimentos con presos condenados a muerte, aun sin su consentimiento y a pesar de que estos experimentos puedan provocar sufrimientos graves o la muerte a los afectados. Cualquiera sea el derecho de un estado sobre sus propios ciudadanos, es un hecho indiscutible que esta legislación no puede hacerse extensiva a ciudadanos extranjeros que se ven expuestos a estos experimentos en la peor esclavitud, contra su voluntad y en las condiciones más horribles e irracionales”<sup>59</sup>.

### *b) Experimentos de flegmones*

Semejante a los experimentos de sulfonamidas, la formación y el tratamiento de flegmones (furúnculos en lenguaje coloquial) en prisioneros debía ser sistemáticamente investigada. A los probantes se les provocaba artificialmente flegmones para comprobar científicamente en ellos la eficacia de diversos medicamentos.

El Dr. Samuel Steiberg, entonces también prisionero-médico, informó a la comisión investigadora del Tribunal Militar Internacional de Nuremberg sobre los experimentos con seres humanos en Auschwitz:

“En el cuarto 15 del bloque 28 había 30 prisioneros, repartidos en tres grupos de unas ocho a doce personas cada uno.

“El primer grupo de estos conejillos de Indias recibió inyecciones de 2 a 3 cm<sup>3</sup> de petróleo. Después de ocho días les aparecieron flegmones purulentos; fueron incididos y las excreciones de las heridas se recolectaron en tubos de vidrio cerrados y esterilizados que se enviaron al Instituto de Breslau.

“Con el segundo grupo de diez hombres se realizaron otros experimentos que consistían en irritarles la piel mediante diversas sustancias químicas. A algunos se les trató con una solución de arcilla al 8% de ácido acético (solución de Barowsch). Los tratamientos se realizaron durante una semana, todos los días: en los hombros, en las piernas, siempre en el mismo lugar. Pasada la semana se hicieron visibles graves irritaciones en la piel y en algunos casos llegaron a formarse llagas. Estas irritaciones se provocaron en dos capas (una superficial y otra profunda) [cuyo material] se puso en tubos esterilizados, que igualmente fueron enviados a Breslau para su investigación histopatológica. Las llagas curaban con mucha dificultad. En el caso de un prisionero húngaro judío, sanó recién después de siete meses... Los experimentos duraron desde el 22 de agosto hasta el 25 de octubre de 1944”<sup>60</sup>.

Según las investigaciones de Mitscherlich y Mielke, muchas personas murieron por causa de estas infecciones experimentales. En estos experimentos se probó la eficacia de medicamentos alopáticos y homeopáticos, llegándose finalmente a constatar:

“Los miembros de las SS, mencionados en relación con estos experimentos, están muertos o desaparecidos. Sólo el acusado Prof. Gebhardt, que tenía conocimiento de los experimentos, declaró que él había presentado a Himmler una protesta en contra de estos experimentos. Sin embargo Himmler, en sus intentos por ‘descubrir antiguos medicamentos tradicionales olvidados, etc’, habría estado convencido de lo correcto y necesario de los experimentos”<sup>61</sup>.



### *c) Experimentos de tifus exantemático*

El tifus exantemático es transmitido a los seres humanos por el piojo de la ropa y —en condiciones de guerra, hambre y miseria— provoca a menudo grandes epidemias.

Esta enfermedad tuvo una difusión masiva entre los miembros del Ejército en los territorios ocupados de la URSS y en los campos de prisioneros de guerra. Por razones técnicas, la entonces usada vacuna de Weigl sólo podía ser producida en pequeñas cantidades y, de cualquier forma, no se disponía de cantidades suficientes como para poner atajo a los brotes epidémicos.

Apelando a las necesidades médicas militares en estado de guerra, se experimentaron con prisioneros de campos de concentración los nuevos procedimientos de prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas.

A. Hommel y A. Thom informan sobre esta situación y las consecuencias que de ella derivaron para estos prisioneros:

“Para poder probar con prontitud la eficacia de nuevas vacunas y medicamentos para terapia ofrecidos por la industria y a insistencia del ‘Comisionado Mayor para Higiene’ de las SS, Prof. Dr. Joachim Mrugowsky y tras varias consultas entre representantes del Departamento de Medicina del Ministerio del Reich, del Servicio de Salud del Reich y de renombrados médicos, fue creado en el Campo de Concentración de Buchenwald una ‘Sección para Investigaciones de Virus de Virus y Tifus Exantemático’. A partir de comienzos de 1942 y bajo la dirección del Dr. Ding-Schuler, médico de la SS, se efectuaron tales pruebas de eficacia con seres humanos. Un informe de trabajo del Dr. Ding-Schuler dirigido a Mrogowsky que se ha conservado entrega una visión exacta del tipo y alcance de los experimentos realizados en esa Sección en 1943; así, entre otros, se realizaron:

‘1-XII-1942-20-III-1943: Experimentos de vacunación con tifus exantemático >EM< de los Laboratorios Behring en 20 personas;

20-I-20-II-194: Experimentos con medicamentos para terapia de tifus exantemático ‘Akridin’ y ‘Methilenblau’ con 47 personas;

10-I-17-V-1943: Pruebas de vacunas para tifus exantemático con 435 personas’.

Sólo en ese único año habían sido utilizadas 848 personas para los trabajos realizados por la Sección en la que, por lo demás, se probaron también vacunas y medicamentos para terapia contra difteria, tifus y cólera”<sup>62</sup>.

El Prof. Dr. Robert Waiz, entonces prisionero en Buchenwald y antes miembro de la Facultad de Medicina de Estrasburgo, informó sobre las condiciones concretas de funcionamiento para el protocolo de la comisión investigadora:

“En Buchenwald existía un gran centro de investigación sobre el tifus exantemático, el que dependía del Instituto de Higiene de las SS de Berlín, cuyo director era un



médico jefe de las SS. Este centro de investigación estaba instalado en el bloque 46 y equipado con las últimas innovaciones y a gran lujo. Abarcaba un centro de diagnóstico, el laboratorio, los cuartos para preparación de la vacuna (para el Ejército alemán). Como es prácticamente imposible cultivar las bacterias del tifus en tubos de vidrio, como se hace con la mayoría de los microbios, se hacían cultivos de tifus en personas vivas. Cada individuo era un cultivo viviente de microbios de tifus<sup>63</sup>.

La siguiente descripción de Mitscherlich y Mielke, extraída del juicio de Nuremberg, prueba que sin embargo, la realización de tales experimentos con seres humanos no estuvieron totalmente libres de dificultades para los médicos participantes y que algunos de ellos trataron de mantener la apariencia de una posición ética básica:

“Al tercer día de sesiones de los médicos consejeros del Ejército, en la sección higiene en mayo de 1943, el Dr. Ding-Schuler presentó la ponencia titulada ‘Sobre los resultados de prueba de diversas vacunas de tifus exantemático contra el tifus exantemático clásico’ (un resumen se encuentra en el informe del tercer día de sesiones... p. 108). En relación a ella, que presentaba en forma camuflada los experimentos, el Prof. Rose (quien estaba informado del verdadero estado de cosas) elevó su protesta contra este tipo de experimentos con seres humanos. Fue interrumpido por el director de la sesión, Prof. Schreiber: ‘Él (Schreiber) dijo que tendría que protestar frente a la crítica hecha por mí; si los señores quisieran hablar de problemas fundamentales de ética, podrían hacerlo durante la pausa’. El Prof. Walter Schell escribió en un declaración jurada: ‘Rose contaba con toda nuestra más viva simpatía en su [actitud de] rechazo, al darse a continuación esa controversia y los participantes de la sesión preguntaban sobre su trasfondo, cuchicheando en voz baja’. El acusado, Prof. Mrugowsky, para sorpresa de Rose, se le habría acercado después de la protesta y adscrito personalmente a su opinión disidente; sin embargo, ya entonces, el Prof. Mrugowsky era un eslabón de la cadena de mando en los experimentos de Buchenwald...’<sup>64</sup>.

El Prof. Gerhard Rose era entonces director de la Sección de Medicina Tropical en el Instituto de Enfermedades Infecciosas Robert Koch de Berlín y general médico de la Fuerza Aérea, pero no pertenecía al servicio sanitario de las SS. A pesar de su actitud de rechazo público hacia los experimentos con seres humanos, ingresó poco después en el equipo de investigación y participó activamente en los experimentos de vacunas de tifus exantemático.<sup>65</sup>

Un ex prisionero de campo de concentración, el Dr. en Ciencias Naturales Alfred Balachowski, que había sido director de laboratorio del Instituto Pasteur 1 (Square Sully Viroflay, Seine et Oise); describe las prácticas de los experimentos en un lenguaje teñido ya por las condiciones de trabajo del campo:

“El campo recibía vacunas del Instituto Weigl de Cracovia y de Italia, las que debían ser probadas y mejoradas. Como conejillos de Indias debía tomarse sobre todo a prisioneros de la nómina verde (‘criminales’), pero como el capo era el que los seleccionaba, se podía enviar a cualquiera al bloque 46 y [así] fueron enviados allí también prisioneros políticos franceses, miembros del movimiento de resistencia. La gente que debía eliminarse era enviada allí”<sup>66</sup>

En su alegato frente al tribunal de Nuremberg el Prof. Rose insistió en el argumento de que en el caso de los probantes se habría tratado de personas condenadas a muerte y que los experimentos con seres humanos habrían llevado a conocimientos esenciales sobre las vacunas a probar. Criticó ácidamente la ausencia de receptividad actual en las posiciones sobre ética médica frente a la cuestión “... de si el estado tiene el derecho a obligar a algunas personas a soportar experimentos médicos y ordenar a médicos realizar tales experimentos”<sup>67</sup>.

El Tribunal de Nuremberg condenó a cadena perpetua al Prof. Rose, en tanto que se le pudo comprobar el diseño de una serie de experimentos con cuatro casos mortales. En la fundamentación del veredicto se expresa:

“Sin duda es posible que al comienzo Rose haya puesto muchas objeciones al programa de experimentos realizado en campos de concentración. Pero, finalmente superó las dudas que tenía y participó en el programa con pleno conocimiento, en forma activa y aprobatoria. Trata de justificar su acción con el argumento de que un estado puede ordenar legalmente el realizar experimentos con personas que estén condenadas a muerte, aun si ellas se negaran a dar su consentimiento para ponerse a disposición como objeto de pruebas. Esta defensa no llega de ninguna manera al punto central en disputa. Como ya hemos declarado en el caso Gebhardt: cualquiera que sea el contexto legal, relativo a experimentos médicos realizados para o por un estado con sus propios ciudadanos, ese tipo de actos no es reconocido en el derecho internacional cuando se realiza con ciudadanos o súbditos de un territorio ocupado.

“Hemos sopesado maduramente cada supuesto a favor del acusado, pero su posición carece de todo sostén frente al enorme material probatorio en su contra... El Tribunal decide que el acusado Rose fue delincuente principal y cómplice, ordenó, prestó apoyo, dio su consentimiento y estuvo relacionado en planes y acciones que condujeron a experimentos médicos con no-alemanes, sin su consentimiento y en cuyo transcurso fueron cometidos homicidios, brutalidades, crueldades, martirios, atrocidades y otras acciones inhumanas. Aunque estas acciones delictuales no representaron crímenes de guerra, sí constituyeron crímenes en contra de la humanidad”<sup>68</sup>.

Las experiencias y conocimientos sobre experimentos con seres humanos bajo el régimen nazi, compiladas y evaluadas durante el Tribunal de Nuremberg, pro-



porcionaron las bases de ética médica y jurídica para el código de ética sobre experimentos de este tipo aprobado el 20 de agosto de 1947 en la misma ciudad de Nuremberg por la Asociación Médica Mundial. Este código fija como condición *sine qua non* de estos experimentos, tanto el consentimiento informado de la persona que se someta a ellos, como la responsabilidad cuidadosa de los médicos que lo realicen. La Declaración de Helsinki (1964) complementa estas condiciones básicas, entre otras cosas, con la necesidad de controles mutuos entre los médicos investigadores así como la obligación por parte del investigador de proteger la esfera privada de la persona que se somete al experimento y no realizar ningún experimento si los riesgos que éste implica sean incalculables.

#### d) *Recolección de material anatómico*

El absoluto poder sobre la vida o la muerte de prisioneros en campos de concentración indujo a los médicos partícipes de la dominación nazi a considerar a los prisioneros como "material humano" disponible y a utilizarlo sin miramientos.

El estudio de anatomía en cadáveres humanos ha agitado los ánimos ya desde su introducción en las clases de Vesalio (1514-1564) en la Universidad de Padua. La literatura romántica trató con fruición el topos del robo de cadáveres para la enseñanza de anatomía. Sin embargo, los acontecimientos en los campos de concentración, en su premeditación y alevosía, pueden ser considerados como únicos en su género.

Johannes Paul Kremer, profesor de anatomía de la Universidad de Munster, pidió en 1942 su traslado a Auschwitz por algunos meses en su calidad de médico de las SS, y continuó su diario de vida sobre los acontecimientos de su contorno<sup>69</sup>. En sus declaraciones ante el Tribunal Krakow, 1947, hubo de tomar posición frente a estas notas cotidianas. (Relató que) él habría acompañado mentalmente a cada uno de aquellos prisioneros que los médicos de guardia del campo de concentración separaban para darles muerte bajo el diagnóstico general de „físicamente débil“. Si alguno de los condenados le provocaba un interés especial, expresó ante el Tribunal: „ordenaba al enfermero, reservarlo para mí.“ Estas personas eran conducidas ante Kremer para ser interrogadas por última vez. Kremer les hacía a todos una historia clínica completa con referencias a peso, enfermedades y tratamientos tenidos hasta la fecha. Ante el tribunal complementó su declaración con la siguiente información: “Después de haber (yo) obtenido esas informaciones, llegaba un oficial de sanidad al enfermo y lo mataba mediante una inyección en las cercanías del corazón”. Más tarde Kremer realizaba una abducción metódica del cadáver y preparaba en alcohol el llamado „material de frescura vital“, esto es hígado, bazo o partes del estómago y lo enviaba a Munster para estudiarlo detalladamente a la vuelta de su estadía en el campo de concentración<sup>70</sup>.



Joseph Tyl, ex profesor y sacerdote católico de la Clínica Pasteur, comunicó sobre sus experiencias como prisionero-médico en el laboratorio de Auschwitz:

“A fines de octubre de 1943, nuestra sección de patología recibió la orden de enviar lo más rápidamente posible muy buenos preparados anatómicos a las más importantes universidades alemanas. Al mismo tiempo, se fundó una estación especial para tuberculosos así como la estación ‘histiología’ que recibió la orden de abocarse a estudiar todas las formas de tuberculosis en base a preparados histiológicos. Paralelamente, hubo que enviar a la Universidad de Innsbruck una colección completa de preparados de órganos sanos, la que abarcó más de 2.000 preparados. Estos preparados eran valiosos porque provenían de gente absolutamente sana que, o había sido ahorcada o enviada a los hornos crematorios”<sup>71</sup>.

El Prof. August Hirt, antiguo catedrático de anatomía de la Universidad de Estrasburgo, se destacó como autor eximio de “muertes por interés científico”. Así, él exigió coleccionar esqueletos de “comisarios judío-bolcheviques”<sup>72</sup>, en el ámbito de sus investigaciones “antropológicas” de Auschwitz, para lo cual recibió, bajo recomendación directa de Himmler, un importante apoyo por parte de Wolfram Sievers, director de la Fundación “Sociedad de Investigación y Estudio de Herencia Genealógica” de las SS. Para esta Fundación el Prof. Hirt realizó además experimentos de sustancias corrosivas (como iperita y fosgeno) con prisioneros, pues quería comprobar “en forma directa” la utilidad práctica de una “profilaxis con vitaminas” que había ideado<sup>73</sup>.

El Tribunal de Nuremberg se ocupó de estos hechos en la persona del “estandarte-jefe” de las SS, Wolfram Sievers, quien fue condenado a muerte. En la fundamentación del veredicto se dice:

“Sievers recibía ordenanzas de realizar investigaciones para la Herencia Genealógica en forma directa de Himmler, a quien informaba también directamente de tales experimentos. Sievers dedicó sus actividades a conseguir dinero, los medios e instrumentos que necesitaban los investigadores. El material conseguido por él incluía también a aquellos prisioneros que debían servir de probantes. En este contexto, Sievers necesariamente tenía que emplear su juicio propio e independiente para mantener un nivel de libre iniciativa frente a los detalles de estas órdenes...”<sup>74</sup>.

#### *e) Experimentos psicológicos*

Algunos de los “experimentos” realizados con prisioneros casi no merecen que se les designe como tales pues, o bien no es posible evaluar la relevancia de los conocimientos perseguidos, o la metodología es inefable en lo relativo a actitud de des-

precio por lo humano. Como complemento sobre infracciones contra la ética médica bajo el nazismo incluimos dos ejemplos del área psicológica:

El profesor Chr. Champy, miembro de la Facultad de Medicina de la Universidad de París y también prisionero en Struhof, escribió a solicitud de los funcionarios del juicio un informe científico basado en sus experiencias; allí plantea:

“Un profesor de histología de Berlín tuvo la desfachatez de publicar en una revista científica alemana las observaciones desarrolladas sobre hemorragias, provocadas a mujeres por una mala noticia. Estos experimentos fueron hechos con mujeres con menstruación normal y a las cuales se informaba que serían fusiladas; esto les provocaba una hemorragia interna que ese médico investigó”<sup>75</sup>.

El Dr. Steinberg de París informa sobre sus experiencias en Auschwitz:

“Un domingo se hizo venir a cuatro reconvalescientes. Cada uno debía beber un vaso con un líquido somnífero, cuya dosis mortal se quería determinar. Estos medicamentos habían sido enviados a Auschwitz por la fábricas Bayer para que se experimentara con ellos. Dos de los conejillos de Indias bebieron un vomitivo mezclado al veneno. Los cuatro conejillos de Indias fueron llevados al bloque 19, cuyo médico observaba los efectos del medicamento. Dos de ellos vomitaron y sobrevivieron luego de dormir profundamente durante once horas. Los dos restantes murieron en la misma tarde.

“Los dos sobrevivientes, junto a otros dos nuevos conejillos de Indias (que habían reemplazado a los dos muertos del primer experimento), fueron utilizados al día siguiente para un nuevo experimento. Se les dio a beber una nueva mezcla; dos vomitaron y los otros dos murieron”<sup>76</sup>.

### *EXCURSO: Los problemas éticos de los médicos prisioneros en campos de concentración*

En los campos de concentración hubo un gran número de personas que antes habían ejercido la profesión médica<sup>77</sup>. Sobre la situación ético profesional de los médicos prisioneros y su inclusión en la maquinaria de matar existente informa Lifton:

“Para los médicos prisioneros, actuar como médico, era heroico y paradójal al mismo tiempo; [heroico] ya que con ello combatían el cauce envolvente de la muerte en Auschwitz y paradójal, porque para hacerlo dependían de quienes habían invertido el [arte de] curar por el [de] matar: los médicos nazis... Pero, como expresa el Dr. Jacob R., el problema era ‘que uno era parte del sistema; eso era lo peor’. Decididos a ayudar a los seres humanos, él me relató con tristeza y honra-



dez: 'de eso, lo que me persigue todo el tiempo y que no he hablado nunca... la selección de aquellos prisioneros... que no podían trabajar más'. Él describió cómo algunos pacientes incluso después de permanecer algunos días en la estación aún seguían débiles: 'tarde o temprano ellos serían [clasificados como] incapaces para trabajar y nosotros no podíamos ayudar. Entonces iban a las cámaras de gas controlados [seleccionados] por los médicos de las SS. Pero nosotros tomábamos la decisión de a quién llevábamos ante él [el médico de las SS]'"<sup>78</sup>.

Para aminorar el grado de responsabilidad de médicos SS en las infracciones a la ética médica, se hizo participar ampliamente a los médicos prisioneros en actividades delictuales. El informe del Dr. M. Scheckter sobre su tiempo en Auschwitz se puede leer como una especie de ceremonia de iniciación en una cofradía secreta:

"Una semana después de mi llegada al campo, nos llamó a mí y al Dr. K., un prisionero eslovaco que trabajaba conmigo, el jefe de bloque Dr. G., polaco pero que estaba certificado como 'alemán del Reich', quien nos condujo a su oficina donde estaba sentado sobre una mesa el subjefe de escuadra de las SS, cabo K. quien me preguntó si yo sabía colocar inyecciones. Ante mi respuesta afirmativa, un médico vestido con delantal blanco —que también era prisionero— y cuya nacionalidad no conozco, me dijo: 'Le mostraré lo que tiene que hacer. Esta es una inyección de 5 cm<sup>3</sup> y una jeringa para punciones lumbares. Ud. tiene que tomar 5 cm<sup>3</sup> de este líquido en la jeringa. Tenga cuidado de que no le salte a los ojos, pues con una gota bastaría para perderlos'. Era fenol. Acompañó sus palabras con la acción llenando la jeringa y luego hizo entrar a dos prisioneros desnudos que aún portaban sus cinturones y sostenían pan en las manos.

"El médico me dijo entonces: 'Vea, tome los puntos de referencia: Ud. tiene que poner el dedo índice de la mano izquierda sobre la tetilla y el dedo del centro al costado izquierdo del esternón y tiene que pinchar de arriba hacia abajo y de izquierda a derecha, porque, contra lo que Ud. cree, el corazón está al lado derecho. Tiene que sacar algo de sangre para comprobar que se encuentra exactamente en la cavidad del corazón y, entonces, inyectar el líquido' E hizo que la acción siguiera a la palabra: el hombre, sentado en una silla, cayó muerto de inmediato"<sup>79</sup>.

Lifton describe situaciones límites de los médicos prisioneros casi inimaginables y que concitaron éstos a matar:

"Hubo por lo menos tres situaciones en las que médicos prisioneros consideraron necesario participar en muertes: primero, el ejecutar a capos de bloques de enfermos que habían golpeado o asesinado a otros prisioneros... La muerte de estos capos salvaba innumerables vidas humanas... sin embargo, era asesinato..., alguien tenía que llevar a cabo la acción, en la mayoría de los casos era efectuada por un



médico prisionero y otros prisioneros que trabajaban en las instalaciones de enfermería.

“Segundo, había situaciones en las que médicos prisioneros creían que a determinados pacientes debía dárseles muerte. En un libro que lleva el subtítulo ‘Una confesión’, el Dr. Elie Cohen (era el responsable de la ‘estación de estación de locos’) informa cómo uno de sus pacientes se escapó provocando alarma, lo que llevó al comandante del campo a advertir que no se permitiría que un hecho así se repitiera. La reacción de Cohen, compartida por un prisionero amigo, fue de que si no lograban mantener la tranquilidad en la estación ‘todos irían a parar ala cámara de gas’. Y como ese paciente era extraordinariamente difícil de controlar, el amigo del médico lo eximió de culpa con el argumento de ‘Seiscientas personas por un loco’. Ambos dieron muerte al paciente con una sobredosis de insulina... Y había una tercera forma de matar en la que participaban médicos prisioneros: los abortos encubiertos y la muerte de recién nacidos después de partos secretos, debido a los cuales las embarazadas (especialmente judías) o parturientas hubieran sido asesinadas por las SS...”<sup>80</sup>.

El Dr. Lequeu, médico prisionero, informa sobre este último asunto en el campo de Buchenwald:

“Eso constituía un problema difícil y un profundo conflicto de conciencia para los médicos prisioneros. Si el niño fallecía al nacer, la madre se salvaba de la muerte. ¿Podía uno sacrificar al niño para salvar a la madre? Así se actuó varias veces para salvar a la madre y la verdad puede que choque a muchos seres humanos: las madres aceptaban con bastante facilidad el sacrificio de sus hijos, ya que eso era un medio para salvar sus propias vidas.

“El sufrimiento físico y moral que experimentábamos, la atmósfera de campo de concentración en que vivíamos, habían transformado quizá nuestro estado de ánimo”<sup>81</sup>.

La decisión sobre la vida o la muerte de los prisioneros hubo de ser tomada con frecuencia por médicos prisioneros u otros miembros de la administración interna de los prisioneros. Las actas de procesos en Nuremberg indican que ello no puede ser siempre imputado como propia responsabilidad de los afectados. En las actas, bajo el acápite “sobre si y bajo cuáles condiciones un acto de sabotaje es apropiado para, si bien no justificar, pero sí disculpar la coparticipación del colaborador en acciones de matar, desde la perspectiva del derecho penal y bajo el aspecto de la colisión de deberes”, se consideran, entre otras las siguientes características jurídicas:

“1) El colaborador debe estar enfrentado a una verdadera situación forzosa para la decisión, es decir, humanamente no puede haber ninguna otra posibilidad, de salvar la vida de una parte de los que estén en peligro, que sacrificar la vida de los

demás... 4) El colaborador tiene que haber actuado con la intención comprobable de evitar un mal mayor..."<sup>82</sup>.

Con esto se considera el hecho de que los médicos afectados no podían influir en las condiciones de los campos de concentración y que, por lo tanto, eran más víctimas que ejecutores.

### *f) Experimentos en el área de medicina de guerra*

El Dr. Sigmund Rascher es considerado como iniciador de los experimentos de baja presión atmosférica y congelamiento (con temperaturas cercanas al punto de congelación) que, estimados como muy importantes en cuanto proyectos de investigación bélica, tuvieron lugar por orden directa de Himmler en el campo de concentración de Dachau a partir de 1942<sup>83</sup>.

En las investigaciones de vuelos a gran altura debía comprobarse la conducta del organismo humano en una altura de hasta 12.000 m y ante una repentina pérdida de presión atmosférica en aviones averiados.

El Dr. Rascher había comenzado su carrera en la Fuerza Aérea y, como puede verse en su correspondencia con Himmler, se empeñó intensamente en participar en proyectos de investigación de medicina militar. Pronto encontró una posibilidad y el 15 de mayo de 1941 se dirigió lleno de confianza al:

"Muy respetado Reichführer: ... Ahora se me destinó al VII Comando Aéreo en Munich para un curso especial de médicos. Durante este curso, en el que la investigación sobre vuelos a gran altura juega un papel muy importante –debido a la algo mayor altura máxima que alcanzan los cazas ingleses– se manifestó con gran preocupación el que desgraciadamente no se hayan realizado por nuestra parte (aún) experimentos con material humano, ya que éstos son muy peligrosos y además no se presentan voluntarios... Frente a ello planteé la seria pregunta: ¿no podría disponerse de uno, dos, o tres delincuentes profesionales para esos experimentos? Los experimentos han de efectuarse en la 'Estación de Control en Tierra Firme para la Investigación de Altura' de Munich. Los experimentos, en los cuales lógicamente los probantes pueden morir, se desarrollarían con mi colaboración. Ellos son absolutamente importantes para la investigación de vuelos a gran altura... (como material de estudio se podría también utilizar a débiles mentales)"<sup>84</sup>.

Los experimentos, así presentados, fueron iniciados por él en febrero de 1942 en Dachau con ayuda de una cámara de presión que la Fuerza Aérea puso a su disposición. Obtuvo también apoyo financiero de la "Sociedad de Estudios de la Herencia Genealógica" creada por las SS en 1935<sup>85</sup> y contó con vastos medios y un amplio margen de decisión sobre los métodos a utilizar.



A. Hommel y A. Thom hacen un resumen del desarrollo y resultados de estas investigaciones:

“Cerca de 200 personas del campo de concentración de Dachau, que ni estaban condenadas a muerte ni tampoco participaron voluntariamente en ellos, fueron sometidas a los más duros esfuerzos físicos con repentinas caídas de presión y supresión del oxígeno provocadas experimentalmente. De 70 a 80 prisioneros fallecieron durante o inmediatamente después de estos experimentos. Estas acciones, indefendibles desde el punto de vista ético, en los experimentos de Rascher se unieron a una falta considerable de método científico, por cuanto él tan sólo describió reacciones y síntomas reconocibles externamente y realizó disecciones no calificadas de los fallecidos; de modo que no era posible obtener nuevos conocimientos válidos sobre las condiciones fisiológicas imperantes y las virtuales reacciones protectivas. Algunos representantes de los centros de investigación sobre medicina de vuelos, que originalmente habían tendido a colaborar en el proyecto, se distanciaron de él luego de las primeras observaciones participantes y se negaron a continuar tales experimentos, sin que por eso recibieran sanciones”<sup>86</sup>.

De todos los experimentos se levantaron actas, se hicieron filmes y preparados anatómicos que fueron incluidos en los informes enviados al Reichführer. Himmler siguió con simpatía personal los experimentos e hizo frecuentes sugerencias por escrito para precisar algunos problemas desde su punto de vista. Estas cartas reflejan un alto grado de coincidencia en la consideración del valor de la vida humana entre el médico Rascher y el jefe nazi Himmler<sup>87</sup>.

Los efectos de temperaturas cercanas al punto de congelación sobre seres de sangre caliente debía comprobar una serie de experimentos, iniciada en Kiel por el Prof. Ernst Holzlöhner y luego continuada en el área de experimentos con seres humanos por un grupo de trabajo en medicina de vuelos “Urgencia Marítima” creado ex profeso. A este equipo ingresó también Rascher como miembro investigador y con el resuelto apoyo de Himmler<sup>88</sup>. Este grupo de trabajo realizó en Dachau, desde agosto de 1942 hasta diciembre de 1943, experimentos con prisioneros, durante cuya primera fase, del 15 de agosto al 10 de octubre de 1942, se incluyó a unas cincuenta personas, las que padecieron grandes tormentos y de las cuales quince murieron a consecuencia de esos experimentos<sup>89</sup>.

A. Hommel y A. Thom abordan tanto los métodos como los efectos ulteriores de estos experimentos:

“Sobre los métodos especialmente brutales, de los que Rascher era responsable, se dice en el escrito acusatorio del juicio contra médicos en el Tribunal de Nuremberg: ‘En una de las series de experimentos, se obligó a las personas a permanecer hasta tres horas en una tina con agua helada.. En otras de las series



de experimentos, se mantuvo a las personas durante varias horas desnudas y a la intemperie, con temperaturas muy por debajo del punto de congelación. Las víctimas gritaban de dolor al sufrir el congelamiento de partes del cuerpo'. El probar métodos de re-entibiamiento constituía también una parte integrante de este programa de investigación. Estos iban desde baños calientes de cuerpo entero hasta la transmisión de calor animal por cuerpo de animales o mujeres. La cifra total de víctimas de este programa, fallecidas durante las 'congelaciones' o poco después, no ha sido investigada exactamente, en todo caso ella debería abarcar a cerca de un tercio de las trescientas personas afectadas"<sup>90</sup>.

Los experimentos del Dr. Rascher fueron tratados en el Tribunal de Nuremberg en ausencia del responsable. Mitscherlich y Mielke pudieron deducir su destino a partir de las actas:

"... que en 1944 Rascher y su mujer habían sido encarcelados por negocio ilegal con niños. Rascher 'habría sido fusilado en Dachau antes de la llegada de los estadounidenses y su mujer ahorcada por orden de Himmler en Ravensbruck o Berlin'"<sup>91</sup>.

Sobre el alcance de los experimentos realizados con seres humanos por Rascher, constatan los autores:

"En cuanto a lo que las pruebas documentales permiten apreciar, parece ser que los experimentos, propuestos y realizados por el Dr. Rascher en Dachau, son los primeros experimentos con seres humanos de una categoría especial: 'experimento terminal' -como los llamaba el Dr. Rascher- es decir, la muerte de la persona probante era parte inherente de la intención del experimento"<sup>92</sup>.

### *g) Selecciones para el exterminio*

Entre los prisioneros de los campos de concentración se escogía regularmente a personas que luego eran enviadas en grupos a las cámaras de gas. Esto sucedía en la rampa de descenso de los trenes, a la llegada de las nuevas columnas de prisioneros del Reich o de los territorios ocupados, y en el campo mismo, entre los prisioneros que llevaban largo tiempo internados. Aún cuando estas actividades no constituyeran experimentos con seres humanos, las trataremos aquí ya que, por una parte, representan el final de un proceso de exterminio concebido hasta en sus menores detalles y, por otra porque, en todos sus pasos, eran efectuadas por médicos. Las selecciones en las rampas sólo demoraban segundos de tiempo:

"Fuimos separados y formados en filas de a cinco... dos hombres estaban ahí... A un lado estaba el médico, uno de ellos era Mengele... Al otro lado estaba el capa-

taz... el hombre que tenía el mando en el trabajo. Y se decía: 'tú vas a pie, tú vas en camión. Tú marchas, tú viajas'... El modelo [según el que actuaban] se podía reconocer rápidamente; los que, más o menos, eran menores de catorce y mayores de treinta y cinco iban a los camiones. Y recién cuando efectivamente marchamos al interior del campo, supiste adónde habían ido los camiones... Todo eso sucedió, no sé, muy rápido, muy minucioso"<sup>93</sup>.

El Dr. Scheckter informa sobre las formas de selección dirigidas por médicos en Auschwitz:

"Cada 14 días venía el médico de las SS para efectuar lo que se denominaba como 'selección'. Los enfermos eran desnudados por el jefe de sala polaco; debían estar de pie, fuera cual fuera su estado de salud, y así, horas y horas, esperaban la llegada del médico. Éste apenas los miraba y se llevaba consigo algunas hojas clínicas. Dos días después, los enfermos cuyas hojas el médico había tomado, eran conducidos a un lugar de destino que nosotros aún desconocíamos; pero el médico jefe nos ordenaba llenar otras hojas con fecha y cualquier causa de muerte: El Sr. X falleció de ... el ... La causa de muerte era colocada a discreción por el que llenaba la hoja"<sup>94</sup>.

Y, desde la perspectiva de un afectado, informa sobre Buchenwald el Dr. en Teología Leloir:

"Los exámenes eran una cosa puramente formal porque el médico examinaba en un minuto. Uno pasaba delante de él completamente desnudo y con las manos estiradas; el médico le daba sólo una ojeada y decía: 'Bien'. Se nos preguntó nuestra profesión. Respondí 'profesor universitario' y se me declaró 'transportable'. Yo había dicho también que había tenido parálisis infantil. En mi tarjeta se incluyó escuetamente 'enfermedad infantil'. En base a esta revisión, mucha de mi gente fue enviada a los transportes"<sup>95</sup>.

Lifton recurre a las declaraciones de un ex-prisionero para abordar más de cerca el comportamiento de los médicos nazis durante esas actividades; el ex prisionero declara:

"... que 'ellos [los nazis] estaban psicológicamente muy [bien] preparados para todas las situaciones'; de modo que a veces 'el médico era muy amable con la gente...' y preguntaba: '¿Cómo está Ud.?' y '¿Cuál es su profesión?'. Si uno de los prisioneros llegados mencionaba una enfermedad, o era muy viejo o muy joven, entonces el mismo médico tomaba la decisión de enviarlo a él o a ellos a las cámaras de gas... [El ex-prisionero] hizo una lista de medidas y actividades, a través de las cuales los médicos SS participaban en las muertes: primero, en base a las funciones como médico de planta y al decreto que le asignaba la labor de seleccionar; segundo, durante el



'servicio médico' de las rampas, donde las selecciones se efectuaban 'en forma correcta y [aparentemente] amable'; tercero, por el médico que conducía la ambulancia o los vehículos de la Cruz Roja hacia los crematorios; cuarto, a través del médico que tenía que ordenar 'cuánto gas se debía arrojar... por esos hoyos en el techo, de acuerdo a la cantidad de gente que había ahí y [ordenar] quién debía arrojarlo... Había tres o cuatro 'desinfectadores'; quinto, 'él observaba a través del hoyo cómo moría la gente'; sexto, 'cuando la gente moría... daba la orden de airear... de abrir la cámara de gas y él venía luego... con una máscara de gas'; séptimo, 'él firmaba [un formulario] que certificaba que la gente estaba muerta... y cuánto había durado' y octavo, 'él supervisaba la extracción de dientes... de los cadáveres'. Es el sobreviviente aquí citado quien saca la conclusión que el programa para matar estaba dirigido por médicos desde la A hasta la Z<sup>96</sup>.

***EXCURSO: La experiencia de prisioneros en campos de concentración alemanes y el denominado "síndrome de campo de concentración"***<sup>97</sup>

Este anexo se propone poner a disposición del lector algunas referencias centrales de la experiencia de vida y muerte en campos de concentración alemanes (KZ): un área física y administrativa destinada explícitamente al exterminio de seres humanos, así como incidir en lo que constituyó la actividad médica y jurídica de postguerra frente a las personas sobrevivientes de tales vivencias inéditas<sup>98</sup>.

El manejo del tema se define como una introducción al micromundo del KZ en sus condiciones existenciales, seguido de un estudio comparativo en tres países europeos acerca del trato a los afectados por la situación límite del campo de concentración nacionalsocialista<sup>99</sup>.

En base a un estudio comparativo de estudios realizados en Alemania Occidental, Francia, Noruega y Polonia se desarrollan las siguientes cuestiones:

1. Circunstancias aniquilantes en KZ: ¿Son ellas asequibles a la comprensión de personas de otros ámbitos y otros tiempos?
2. Efectos psicosociales: ¿Cuán específico es el síndrome de campo de concentración?
3. Trato social a las víctimas en la postguerra ¿Cuáles han sido las respuestas sociales y psicoterapéuticas a las diversas formas de aparición (temprana, media y tardía) de tal síndrome en los diversos países?

ad 1. Por lo común se insiste en la absoluta incomunicabilidad de la experiencia de los prisioneros en campos de concentración nacionalsocialistas. "Fábricas de muerte", "áreas de exterminio", "lugar de no retorno" son algunas de las denominaciones que los propios afectados han formulado y ese prurito de abstracción ya es en sí

un síntoma de contaminación objetivante, derivado del sistema de administración nazi<sup>100</sup>. La muerte en campos de concentración ocurre en forma deliberada y los métodos utilizados superan a menudo nuestra imaginación más catastrófica, precisamente por eso, porque fue concebida y realizada por seres humanos y no por fuerzas naturales<sup>101</sup>.

Un proyecto para hacer comunicables tanto la calidad intrínseca de las experiencias como la intensidad del daño sufrido por los prisioneros de KZ tiene lugar a través de los "Cuadernos de Auschwitz". En textos de medido lenguaje y gran profundidad temática se desarrolla tanto una documentación de testimonios de sobrevivientes como una sistematización de la vivencia de aniquilamiento en su propia expresión vital tras la catástrofe de gestión humana<sup>102</sup>.

La figura del "muselmann"<sup>103</sup> ha decantado como específica para manifestar la debilitación extrema que alcanzaban los prisioneros en el campo de concentración. El grado de extenuación física y psíquica del "muselmann" es descrito por el Prof. Olbrycht para el juicio de Auschwitz en 1947:

"El tejido graso desaparecía, los músculos se tornaban flácidos y desaparecían también. El rostro se transformaba en una máscara, la mirada dirigida a la distancia, las pupilas dilatadas en forma no natural. Se producía una debilidad general cada vez mayor, una apatía y somnolencia y una disminución de todos los procesos vitales, en especial de los procesos psíquicos; esos enfermos veían y oían mal; percepción, asociación, y en general todas las reacciones estaban retardados en ellos (...) por eso había un obedecer lento a las órdenes, lo que (sin embargo) se consideraba como una forma de resistencia pasiva y tenía como consecuencia maltratos bestiales de los hombres de las SS y de los capos del campo de concentración"<sup>104</sup>.

El abogado Jan Sehn, quien inició en 1945, inmediatamente después de la liberación de Auschwitz-Birkenau, las gestiones de aclaración de responsabilidad criminal de lo acontecido allí, resume las características principales:

"El 'muselmann' se encontraba también en términos psíquicos en estado moribundo. El interés normal en el entorno disminuía cada vez más, hasta surgía indiferencia incluso frente al propio destino. En esas condiciones eran muy poco diferente el 'muselmann' de un muerto, y de verdad la muerte inevitable ocurría sin que se notara. 'Él se dormía simplemente...'

"Los documentos del Instituto de Higiene SS en Auschwitz comprueban que una estadía de tres a seis meses en el campo de concentración con las condiciones de alimentación imperantes —dependientes del trabajo realizado— por lo común tenía como consecuencia el estado de 'muselmann'. El prisionero que en ese tiempo no se transformaba en un 'muselmann', debía contar con una fuente extra de abastecimiento"<sup>105</sup>.



Robert Antelme, un sobreviviente de KZ realiza un esfuerzo transcendental en su obra 'La especie humana' y abre vías de comunicación a tal experiencia vedada por lo común a algo más que a un comentario indirecto o alusivo<sup>106</sup>.

A través de un prodigio de argumentación cartesiana nos muestra él la antinomia entre la vida cotidiana fuera (allá) y dentro (aquí) del KZ:

"Allá, la vida no se presenta como una lucha incesante contra la muerte. Cada uno trabaja y come, sabiéndose mortal, pero el pedazo de pan no es lo que inmediatamente hace retroceder a la muerte, que la mantiene a distancia; el tiempo no es exclusivamente lo que acerca a la muerte, llevándose consigo las obras de los hombres. La muerte es fatal, aceptada, pero cada uno actúa a pesar de ella.

"Aquí estamos todos, por el contrario, para morir. Es el objetivo que los SS (soldados especializados en tareas de exterminio) eligieron para nosotros. No nos fusilaron, ni nos colgaron, pero cada uno, racionalmente privado de alimento, debe convertirse en un muerto previsto, en un tiempo variable. El único fin de cada uno es entonces impedirse morir. El pan que comemos es bueno, porque tenemos hambre, pero si calma el hambre, sabemos y sentimos también que con él la vida se defiende en el cuerpo. El frío es doloroso, pero los SS quieren que nos muramos de frío; hay que protegerse de él porque la muerte está en él. El trabajo es agotador —para nosotros, absurdo— y desgasta, y los SS quieren que nos muramos por el trabajo, por lo tanto hay que economizarse en el trabajo, porque la muerte está en él. Y está el tiempo: los SS piensan que de tanto trabajar y no comer, terminaremos muriendo; los SS piensan que acabarán con nosotros por el cansancio, es decir por el tiempo; la muerte está en el tiempo."<sup>107</sup>

Es curioso que sea un médico quien proporciona a Antelme actos y símbolos en la escena clave destinada a delimitar el proceso dialéctico entre opresores y oprimidos en el KZ. Sobre su red de dependencias y poderes urde Antelme la madeja de relaciones existente en el KZ entre gestores y destinatarios de la represión. En este esfuerzo analítico y simbólico se aprecia un lenguaje implacable, preocupado sólo de lo esencial al enfocarse a una definición de circunstancias y a la inflexión delimitadora del rol y posición de cada quien en el universo social del KZ:

"A veces viene un SS al dormitorio. Pasa delante de las cabezas y, cuando un enfermo está demasiado flaco, le pregunta al médico qué tiene. En general, éste no lo sabe bien. El SS y el médico ven al tipo 'demasiado' flaco y parecería que el médico lo viera por primera vez. El SS dice tristemente, en voz baja esta vez: *Scheisse*. El médico menea gravemente la cabeza.

"El enfermo los mira desde su cama con esa fijeza sin angustia de los moribundos. "El médico no piensa nada del enfermo. Cuando el SS está en el dormitorio, está como anonadado y sus ojos adquieren una terrible movilidad. Tiene miedo. So-

bre todo, que la mirada del SS no tropiece con nada, que no haya ninguna aspereza. Que estén flacos, simplemente. La lista de los *schonung* (receso por enfermedad) tampoco tiene que ser muy importante. 'Estoy más enfermo que ellos, dice el médico, que trabajen'.

"A veces, el SS hace bromas con el médico y se ríen juntos. Sin embargo, antes de ocupar ese puesto, fue golpeado por los SS. Pero ahora tiene una blusa blanca, duerme en un cuarto calentito, no acude al llamado, come y está rosado.

"Es muy fácil en estas condiciones, olvidar que uno fue el mismo hombre que los que vienen a pedir un *schonung* y que están llenos de piojos.

"El médico ... se convirtió rápidamente en un integrante bastante perfecto de la aristocracia del kommando. El criterio de esta aristocracia—como el de todas, por otro lado—es el desprecio. Y la vimos constituirse ante nuestro ojos, con el calor, el bienestar, la comida. Despreciar—luego odiar, cuando reivindican— a los que están flacos y arrastran un cuerpo con sangre podrida, los que fueron obligados por ellos a ofrecer del hombre una imagen que fuera una fuente inagotable de asco y de odio.

"El desprecio de la aristocracia para con los presos es un fenómeno de clase en estado de esbozo, en el sentido en que una clase se forma y se manifiesta a través de una comunidad de situaciones que defender; pero ese desprecio no puede ser tan soberano como el de los SS, porque esa aristocracia debe combatir para mantenerse. Combatir es hacer trabajar a los demás, es alcahuetear, es rechazar también los *schonung*. El desprecio interviene sólo para justificar el combate y después que ocurrió; no tiende a imponerse, a reemplazar el odio hacia el rival o el posible fastidioso sino en la medida que la batalla fue ganada, en que la situación se ha visto definitivamente consolidada. Es el caso, por ejemplo, de Paul, el *lageältester* (prisionero mayor del KZ).

"El médico, en cambio, aún no llegó a la tranquilidad definitiva del desprecio. Está aterrorizado por los SS; su situación de médico le significa un refugio, pero también le toca estar, lo cual no le sucede a ningún preso común, en contacto personal con la SS. Está en el aparato, personalmente comprometido, marcado, y eso le da terror. Su refugio también es una trampa, de la cual sólo puede liberarse negando los *schonung*, maltratando a los compañeros, y eso lo encierra en el círculo del odio, luego del desprecio.

"Está fascinado por el mecanismo y la lógica SS. Ni se le ocurre ahora tratar de zafar. Pero lo que le da terror, también tranquiliza su conciencia: se siente dentro de un enorme aparato de destrucción, en medio de una fatalidad que él mismo debe encargarse de agravar. Tal es así que no deja de repetir: 'Ustedes no saben lo que es un campo de concentración!' No es una hipocresía banal. Sabe que está expresando la moral de los campos, que lo atemoriza, y de la cual forma parte,



siempre como posible víctima. 'Víctima' cuando manda al viejo italiano a trabajar, 'víctima' cuando amenaza a Jacques con mandarlo a Buchenwald...

"Pero el compañero al que echó de noche en la visita no quiere saber si el médico es o no una víctima y protesta. Entonces el médico putea al compañero y, al putearlo, descubre que el tipo está flaco y sucio y ese descubrimiento confirma su rabia.

"Pero no creará del todo en su propia cólera, no creará que es él quien habla, sino el hombre del campo -el aterrorizado-opresor. Y esa naturaleza que él cree prestada no le deja ver su miedo y su mediocridad; quizá le sea odiosa (aunque piensa que no se trata de él), pero es seductora (él es poderoso)..."<sup>108</sup>.

La obra de Antelme encuentra su complemento vivencial en el libro de su mujer de entonces, Marguerite Duras, "El dolor". A través de un diario de vida -según ella abandonado en un armario de una casa de campo y esfumado de su memoria durante décadas- da Duras una relación de sus angustias y desánimos en el difícil periodo en que de Antelme fue detenido por la Gestapo, como miembro de la resistencia francesa, la incertidumbre acerca de su virtual ejecución, la búsqueda de su paradero tras saber que él era prisionero de KZ y, tras oír con certeza de él, el tiempo de su retorno a la Francia de postguerra.

El proceso de re inserción de Antelme a lo que se considera la vida cotidiana es lento y está transido por la erupción de necesidades básicas largamente postergadas así como por un recorrer de laberintos propios e inaccesibles para el observador regular. En torno al Hambre giran escenas en el libro de Duras que grafican la dificultosa reintegración de Antelme a la vida:

"...El había deseado ver la casa. Se lo llevó apoyado y él caminó por las piezas... se apreciaba una sonrisa sólo en el rabllo de los ojos. Al pasar por la cocina vio el pastel de cerezas que se había preparado en su honor. Él dejó de sonreír: '¿Qué es eso?' Se le dijo. ¿Con qué está hecho? Con cerezas de la temporada. '¿Puedo comerlo?' 'No lo sabemos. El médico lo decidirá.' Él volvió a la sala de estar y se tendió sobre el sofá. '¿Entonces, no puedo comerlo?' 'Aún no.' '¿Porqué no?' 'En París ha habido desgracias, porque le dieron a los deportados muy rápido de comer'... Su rostro se cubrió con un intenso y mudo dolor, porque se le negaba la comida, porque seguía todo igual como en el campo de concentración. Y como en el campo de concentración él lo seguía aceptando silenciosamente. No vio que nosotros llorábamos, él no se había percatado que nosotros apenas si lo mirábamos, que no le podíamos responder..."<sup>109</sup>.

Para entrar luego en un período de crisis:

"El hambre suya ha llamado al Hambre. Ella ha crecido cada vez más, insaciable. "Ella ha adquirido dimensiones terribles.

“Nosotros no le servíamos. Poníamos las fuentes directamente frente a él y lo dejábamos solo, y él comía. Él funcionaba. Hacía, lo que debía hacer, para vivir: Comía. Era una ocupación que precisaba mucho tiempo. Él esperaba horas por la comida. Tragaba sin saber qué. Luego se retiraba los utensilios y él esperaba a que volviesen (con comida).

“El ha desaparecido, en su lugar apareció el hambre. El vacío se abrió allí, en su lugar. Él da a la garganta, llena lo que fue vaciado, las vísceras famélicas. Eso hace él. Obedece, sirve a un mecanismo secreto, lo provee. ¿De dónde sabe él acerca del hambre? ¿Cómo comprende él lo que necesita? Él lo sabe a partir de un conocimiento que no tiene comparación.”<sup>110</sup>

Con escuetas frases pone de manifiesto M. Duras que el ex-deportado ha podido arribar a este lado de la existencia:

“La mar estaba azul, incluso ahí, frente a nuestros ojos y no había olas, sino un ir y venir muy suave, un respirar en un profundo sueño. Los otros habían dejado de jugar y se habían acucillado sobre sus toallas en la arena. Él se puso de pie y caminó hacia el mar. Yo llegué hasta la orilla. Lo miré a él. Él vio que yo lo estaba mirando. Parpadeó tras sus lentes y me sonrió, sacudió la cabeza así como cuando uno se burla de alguien. Yo supe que él sabía —que el sabía que yo a toda hora en cada día pensaba: ‘Él no ha muerto en el campo de concentración.’”<sup>111</sup>

Comentario:

A través de los documentos expuestos —ámbitos de experiencia accesible a nuestra razón y sentimientos— hemos podido abordar testimonios y reflexiones enfocados a la dimensión KZ. El libro de M. Duras documenta cómo tuvo lugar el retorno, dilatado en tiempo y espacio, de R. Antelme; seguramente gracias a la compañía muda pero atenta de ella y sus amigos más próximos. En la relación con personas sobrevivientes de “catástrofes de origen humano” parece así valioso cultivar una actitud de disposición abierta, no estrictamente terapéutica, que nos permita acceder a ese recinto vivencial, concientes de la autonomía de nuestro interlocutor y dejando en todo momento la decorosa posibilidad de una retirada<sup>112</sup>.

## ad 2. El síndrome de campo de concentración (KZ-Syndrom)

La sociedad en los países europeos de postguerra se vio enfrentada a una forma de daño psíquico y social de nuevo cuño: El síndrome de campo de concentración. La experiencia límite de desamparo, de privación física y de personalización sistemática, sufrida por miles de personas en los **KZs** nacionalsocialistas, se evidenció para muchos de los afectados como imposible de integrar en la vida cotidiana regular de los diversos países<sup>113</sup> y abrió un foro de discusión acerca de si conduce a respuestas psicopatológicas específicas, con mayor dedicación y medios en Alemania, Noruega y Polonia.



Para los efectos de esta investigación resulta interesante la comparación de la gestión médica en la percepción y tratamiento de la acción patológica de los campos de concentración en sobrevivientes de los tres países del estudio. En especial en lo que compete a

- materia de investigaciones,
- definición temática
- causalidad determinante
- características básicas

y los efectos de tales actividades de investigación y tratamiento en cuanto a

- reconocimiento jurídico y
- consecuencias existenciales en los afectados.

Los *psiquiatras polacos*, en especial los que laboraban después de la segunda guerra mundial en el hospital de Cracovia, se inclinaron por la vía fenomenológica comprensiva para iniciar un proceso de integración de lo hasta entonces no comunica(do)/ble.

Kepinski manifiesta acerca del espíritu rector de estos esfuerzos:

“(El psiquiatra) Incluso si no puede acceder a las experiencias psíquicas del paciente, debe tener por lo menos una visión general del mundo de sus sentimientos. Con esta actitud frente a las experiencias del KZ debemos considerar tres aspectos, de gran importancia para el ulterior destino de los prisioneros, los cuales son la extrema diversidad de las experiencias en el campo, la unidad psicofísica y el autismo de KZ.

“El ingreso al infierno del KZ era un shock que no se puede comparar con las experiencias habituales de stress... Aquí no había distancia alguna entre sentimientos vitales opuestos; no eran los contrastes de la vida normal, era el cielo y el infierno (en el mismo tiempo y lugar)... Aparecía con toda claridad cuanto hay de rasgos criminales o de santidad en el hombre.

“El prisionero debía adaptarse de algún modo en el curso de pocas semanas o meses a la vida en el campo, si no lo hacía, moría. Dos cosas eran de importancia en esa adaptación. (En términos psicofísicos) debía transformarse en alguien insensible hacia lo que ocurría en su alrededor, encerrarse en sí mismo... sin caer en el estado de ‘muselmann’, esto es en la absoluta apatía.

“Esta insensibilidad protectora se define como ‘autismo de campo de concentración’. Por otra parte debía encontrar a su ‘ángel’, esto es una persona o un grupo que lo trataran aún como un ser humano y con cuya ayuda él pudiera mantener vivo en sí un resto del mundo de antaño...”<sup>114</sup>.

Y, en base al concepto de cambio de personalidad, puntualiza las características específicas del síndrome:

“Los cambios de personalidad observados en ex-prisioneros de KZ se concentran en tres aspectos: 1) el dinamismo vital en general, subjetivamente experimentado como estado de ánimo; 2) la relación con otros seres humanos y 3) el control de sí mismo. Con la mayor frecuencia se encuentra un estado de ánimo negativista, una actitud de desconfianza hacia los otros y un reducido autocontrol (alta tensión emocional y tendencia a la irritación). Sin embargo, también pueden aparecer cambios en la dirección contraria: alto dinamismo, intensa confianza –rayana en la credulidad– e intenso autocontrol en forma de una ‘serenidad pétrea.’”<sup>115</sup>

Los *médicos noruegos* consideraron en los primeros tiempos que los daños provocados por la guerra eran similares tanto para quienes habían estado en el frente de batalla como para quienes habían sido víctimas de agresiones y maltratos en cualquier situación individual o colectiva.<sup>116</sup>

Eitinger comenta con ironía esos tiempos de confianza en las virtudes curativas del tiempo:

“Pero como ya todos sabemos, no duró mucho ese estado idílico, en los sobrevivientes de KZ aparecieron en especial molestias nerviosas. También aquellos que hasta entonces no habían manifestado sintomatología psiquiátrica alguna, empezaron con nuevos síntomas como nerviosidad, angustia, capacidad laboral reducida y agotamiento temprano. Lo que ellos relacionaban con su prisión en KZ. En tanto que nosotros, esto es los médicos, con nuestra sapiencia a partir de antiguas fuentes de conocimiento ‘sabíamos’ que eso era ‘imposible.’ ¿No habíamos aprendido que un ser humano ‘sano y normal’ no puede enfermar sólo como resultado de tensiones psíquicas... Continuamos con buena conciencia cultivando nuestra mala ciencia –por lo menos en los primeros diez a quince años de postguerra”<sup>117</sup>.

Y relata las condiciones de trabajo para superar tal déficit de conocimientos:

“Los ex-prisioneros propusieron una investigación totalmente independiente a través de una comisión de profesores universitarios y el Ministerio de Salud accedió a financiar tal proyecto. Ninguno de los que participamos de esa comisión tenía experiencias con problemas de esta índole, no sabíamos siquiera qué era lo que debíamos pesquisar... Decidimos entonces realizar nuestros exámenes tan amplia como profundamente posible, a fines de consignar cambios patológicos en el organismo, cualquiera fuese el lugar y el modo de su desarrollo... Dígase de inmediato que ninguno de los examinados trató de magnificar su sintomatología, al contrario, los informes eran más bien reservados, muy sobrios, no dramatizaban. En tanto que los noruegos habían sido deportados en grupos a una cantidad reducida de KZ, existía una buena posibilidad de control. Se hizo visible que la mayoría había más bien reprimido la manifestación de sus enfermedades y daban sólo una escueta relación de ellas. Lo mismo podía aplicar a los síntomas: por lo



común debíamos preguntar por ellos. Esto ocurría en especial en relación a estados angustiosos, trastornos de sueño, pesadillas, los que eran considerados por la mayoría de los sobrevivientes como una parte regular de sus vidas<sup>118</sup>.

La primera fase de estudio abarcó una población de 227 personas (214 hombres y 13 mujeres), todos ex-prisioneros de campo de concentración y duró en términos clínicos casi cinco años. La segunda fase del estudio significó una investigación comparativa entre una población de 500 ex-prisioneros y otros 500 con similares condiciones etarias y sociales de la población noruega. Para ello se recurrió a las referencias de salud y enfermedad consignadas en los archivos del Sistema Nacional de Salud noruego (único para toda la población y exhaustivo en su metodología) entre 1945 y 1965.

Este doble acceso a la situación sanitaria de los ex-prisioneros de KZ –como ex-prisionero de KZ contaba Eitinger con una confianza especial de los interrogados en el estudio– permitió tanto una visión exhaustiva del tema como sistematizar las huellas de la experiencia en los afectados

En cuanto a las consecuencias de la prisión en KZ surgen del estudio como centrales varios signos de enfermedad. Para caracterizar el síndrome es precisa la constatación de cinco síntomas con larga duración (más de seis meses):

#### TABLA 2

Síntomas relevantes en síndrome de campo de concentración (Eitinger, 1961)

- 
1. Cansancio fácil
  2. Períodos de amnesia
  3. Disforia
  4. Inestabilidad emocional
  5. Trastornos del sueño
  6. Sentimiento de debilidad
  7. Menoscabo de iniciativa
  8. Nerviosismo, inquietud, irritabilidad
  9. Mareos
  10. Labilidad vegetativa
  11. Dolores de cabeza
- 

El primer estudio realizado por la comisión a que pertenecía Eitinger permitió realizar una constatación estadística de efectos del campo de concentración en la salud de los afectados.<sup>119</sup>

TABLA 3

Consecuencias concomitantes a la estadía en campo de concentración  
(N: 227, 214 ♂; 13 ♀, duración: 5 años)

---

SITUACIÓN ESTUDIADA:

**Previa**

Estado general

muy bien = 82%

regular = 17%

deficitario = 3%

Perfil psíquico

personalidad estable = 75%

regular = 17%

tendencias patológicas = 8%

**Durante**

Experiencia en KZ:

maltratos generales = 50%

tortura sistemática = 25%

formas extremas = 25% de tortura

Víctimas de acciones de "noche y niebla" (desapariciones) = 33%

Consecuencias físicas

Pérdida de peso de + de 40% en 66%

Experiencias de TEC con pérdida de consciencia 50%

**Posterior**

Morbilidad

subjetiva: Salud perjudicada en 224 personas (sólo 3 negativo)

objetiva: "locus minoris resistenciae" generalizado

Correlación estadística entre patogenicidad y:

condiciones previas = no significativa

tortura, TEC, pérdida de peso = significativa

---

Y en el segundo estudio se pudo acceder a las condiciones de salud y calidad de vida en ambas poblaciones en términos comparativos.<sup>120</sup>



TABLA 4

Investigación longitudinal de morbilidad (20 años) en Noruega  
 Estudio comparativo entre una población de ex-prisioneros de KZ y una población regular (N: 500 y 500)

	Períodos de enfermedad			Estadía en hospitales	
	<10	16	0	> 6 días	> 90 días
Ex-prisioneros	> 84%	8%	<10%	8%	20%
Población regular	< 95%	1%	21%	1%	3%

Los *psiquiatras alemanes*, autores de "Psiquiatría de los perseguidos", v. Baeyer, Häfner y Kisker, observaron un franco vacío en cuanto a las posibilidades de reconocimiento social y económico que tenían las víctimas de persecución nazi en la Alemania de postguerra.

La ley sólo consideraba como factible el reconocimiento de personas de las cuales se demostrara una forma de "sufrimiento condicionado por disposición en sentido estricto" lo que de facto no era posible de aplicar a los sobrevivientes de KZ, so pena de patologizar su experiencia y estigmatizar su existencia en la sociedad de postguerra<sup>121</sup>.

Además no sólo existía una barrera epistemológica en la ciencia médica, también ocurría que más de alguno de los médicos evaluadores mantenía posiciones teóricas y profesionales cuyo origen se remontaba al período nacionalsocialista, del que se inducía que podía haber producido el daño y el médico evaluador, consciente o inconscientemente, negaba tales interrelaciones<sup>122</sup>.

V. Baeyer et al. constatan características regulares en la percepción de la experiencia del KZ en un estudio casuístico de 800 personas:

"La elaboración psíquica de la situación de tensiones en prisioneros de KZ muestra en su forma típica la siguiente progresión: shock de ingreso con angustia y depersonalización; fase de adaptación con comportamiento apático-primitivizado, a veces identificación parcial con el sistema de valores de los perseguidores y, por último, estado terminal con insensibilidad total y caquexia avanzada."<sup>123</sup>

Y en torno al eventual surgimiento de una entidad nosológica de nuevo cuño exponen los autores:

“Aquí se manifestaba algo nuevo: dolencias crónicas, en extremo persistentes, terapéuticamente poco influenciables, deficiencias de rendimiento, modificaciones de la personalidad social, sin un origen orgánico o sólo ínfimo, no explicable desde una patología neurológica, y que se habían desarrollado en una continuidad biográfica a partir de las terribles vivencias físico-psíquico-sociales de la persecución y que, sólo en poquísimos casos, impresionaban como propensión a trastornos de conducta”<sup>124</sup>

Los autores –en la situación alemana de postguerra– considerando los obstáculos al reconocimiento de un daño característico de la experiencia del KZ, existentes en la praxis regular de evaluación médica y psiquiátrica, definen la necesidad explícita de documentar y fundamentar en términos específicos una “causa acompañante esencial” del sufrimiento psíquico en sobrevivientes del KZ, denominado por ellos en plural como síndromes reactivos de experiencia en perseguidos:

“El epicentro psicodinámico de los síndromes reactivos de experiencia en perseguidos es una actitud de inseguridad en las relaciones humanas más o menos permanente... El síntoma núcleo de tal actitud de inseguridad es el aislamiento personal en la comunidad... Un tipo destacado de los cambios de personalidad en perseguidos lo constituyen las depresiones reactivas crónicas”<sup>125</sup>.

Ellos proponen el desarrollo de una traumatología psiquiátrica, en la cual se debiera definir, en sus características propias y con base estadística, las diversas formas de sufrimiento, originadas por stress en situaciones de presión extrema<sup>126</sup>.

Baeyer y sus colaboradores consideraron métodos de la fenomenología hermenéutica como vía regia de acceso al complejo vivencial y sintomático de sobrevivientes de KZ, integraron a estos esfuerzos también métodos estadísticos para obtener niveles de representatividad en su muestra de estudio, abrieron ellos una nueva visión en el trato tanto jurídico, de eventuales indemnizaciones, como médico de los afectados por la experiencia límite del KZ.

#### Comentario

Los métodos de ingreso a la temática del daño provocado por el microcosmos aniquilador del KZ difieren en los tres países, pero para el observador externo pueden considerarse como complementarios para tener una perspectiva que abarque las diversas posibilidades de considerar el síndrome de campo de concentración como entidad de contornos clínicos propios.

Más allá de tal esfuerzo sistemático debe considerarse la trascendencia de los resultados en la investigación de Eitinger en cuanto a las condiciones regulares de salud y enfermedad de ex-prisioneros:

TABLA 5

Comparación sistemática del trato a las personas afectadas por "Síndrome de campo de concentración" en las naciones de postguerra: Alemania Federal, Noruega y Polonia (Riquelme, 1995c)

	Tema central de investigación (inicio)	Definición conceptual de trabajo (año)	Causalidad específica reconocida	Características básicas del síndrome	Reconocimiento jurídico	Consecuencias detectadas en afectados
Alemania Federal	"Experiencias psicopatológicas y forenses en víctimas de persecución nacionalsocialista y bajo tensiones extremas comparadas". (Desde 1956)	"Psiquiatría de los perseguidos". Autores: v. Baeyer, Häfner, Kisker. Publicación: 1967	Sí, pero dependiendo de múltiples factores: síndromes reactivos anormales frente a tensiones extremas propias de la persecución	-Inseguridad relacional -Encapsulamiento emocional, incluso en ámbito íntimo -Actitud disfuncional frente al hábitat social -Cambios severos de personalidad	No, pero existen diversas leyes sobre el trato a víctimas civiles	Frecuente "retraumatización" de los afectados por actitudes de apatía y arbitrariedad de la administración estatal. Pross (1985)
Noruega	"Patología del campo de concentración" (Desde - 1955)	"Efectos psicológicos y médicos del campo de concentración" Autores: Eitünger, Strøm i.a. Publicación 1961 & 1980	Sí, en términos médicos y jurídicos, fundamentados desde cada disciplina.	Física: deterioro global de resistencia. Psíquica: Estadios de angustia crónicos, pesadillas, depresiones. Acumulativo: Sobremortalidad & sobremortalidad. Temporal: reacción inmediata, mediata y tardía (+ de 15 años)	Sí, por decreto de ley en 1968	Directo en términos financieros. Personal en clara mejoría de autoestima y de presencia en la gestión social
Polonia	"Aspectos médicos y psiquiátricos del campo de concentración." (Desde 1958)	"Síndrome del campo de concentración" Autores: Głinska, Kepinski, Rym i.a. Publicación 1961-1985	Sí, en términos médico-psiquiátricos	Física: Estado de astenia progresiva. Psíquica: disturbios duraderos de la personalidad. Acumulativo: Sobremortalidad y sobremortalidad (1 año de KZ = 4 años en condiciones regulares)	No, pero acción social de autoayuda (ej: entre y para viudas, hijos y sobrevivientes de campos de concentración)	Conflictos con la primera administración de postguerra. Ulteriormente, creación de nexos de autoayuda y nichos en la atención de salud estatal



a) los sobrevivientes de campo de concentración tiene una esperanza de vida menor que la población regular,

b) las enfermedades que padecen y que conducen a su muerte tienen como rasgo común asentarse en un órgano de preferencia –como una suerte de talón de Aquiles– pero no difieren de las enfermedades crónicas del resto de la población y

c) el suicidio o accidentes mortales (accidentes de auto) o conductas parasuicidas (abuso de alcohol y tabaco) aparecen en el estudio entre las causas de muerte de ex-prisioneros como estadísticamente significativas.

Y, por otra parte, considerar que si bien los sobrevivientes de KZ constituyen aún hoy una población de riesgo en salud física y mental, también mantener presente que algunos de ellos han sabido crear condiciones de vida digna tras el fuerte trauma de la muerte previsible en el KZ<sup>127</sup>.

ad 3. El trato psicosocial de sobrevivientes de KZ tras 1945 en Alemania, Noruega y Polonia

En base a las fuentes de literatura científica expuestas en este anexo, se presenta a continuación una síntesis comparada de la situación médico-jurídica de los ex-prisioneros de KZ en los tres países del estudio.<sup>128</sup> (Ver "Tabla 5" en página 175)

### Discusión

Se ha realizado hasta ahora una aproximación temática y existencial a la experiencia de campo de concentración. En términos de documentación personal y desde el ángulo de testimonios y de análisis fenomenológico, esta gestión explorativa demuestra que hay bastante y sólida información acerca de una materia declarada regularmente como incomunicable.

Los métodos médicos y psiquiátricos para abordar el tema del sufrimiento psíquico, derivado de la estadía en un KZ, varían entre las tres sociedades de post-guerra estudiadas. Aquí también es valioso analizar aquellos obstáculos epistemológicos que surgen desde las costumbres de pensamiento tanto en comunidades científicas como en las sociedades en general.

También varía el trato jurídico y social frente a los ex-prisioneros de KZ en las tres sociedades.

Para este anexo se definió como propósito dar curso a esta temática ejemplar en términos de análisis histórico y entregar así elementos concretos para una discusión sistemática tanto sobre un tema de psicología/psiquiatría transcultural clásico de nuestro siglo como sobre los efectos y formas de tratamiento jurídico social de la traumatización psíquica y social de la violencia organizada.

Disponemos así de una posición privilegiada para constatar tanto el impacto que significó la presencia social de los sobrevivientes de KZ como de las medidas

que se tomaron en relación a ellos, tras el fin de la segunda guerra mundial: facilitando una reinserción activa a la sociedad (Noruega), permitiendo condiciones para una existencia de "nicho ecológico" (Polonia) y continuando su degradación social (Alemania Federal). En las tres sociedades del estudio hubo esfuerzos profesionales para profundizar en el conocimiento de las experiencias de la represión nazi y de sus efectos en las víctimas.

### 3. CRÍMENES CONTRA LA HUMANIDAD Y OPOSICIÓN MÉDICA

Hasta el presente, la participación de médicos en la era nazi ha sido investigada de preferencia para aclarar la intronización estructural de la medicina por la dominación nazi o la participación personal de algunos de ellos en crímenes de lesa humanidad. Así, el tema de conflictos éticos, presentes en la mayoría de los médicos de entonces, se ha subordinado a un análisis de la actividad médica como sistema y a demostrar la implicación de facto de algunos individuos. Esto crea la impresión de una ineluctable subordinación de la medicina al estado y de una obediencia ineludible de los médicos al nazismo<sup>129</sup>. Como ello ciertamente no sucedió en forma tan absoluta, así como es un interés primordial nuestro ampliar el ámbito de discusión habitual, trataremos aquí formas activas y pasivas de protesta.

#### *a) Opositores aislados*

Un magnífico testimonio sobre esas tendencias de subordinación y de haber sido "la voz en el desierto" se encuentra en relación a los experimentos de congelación con prisioneros. La enorme mayoría de los médicos, a quienes entre 1942 y 1943 se informó de los resultados de los experimentos, no puso objeción ni protestó contra esos procedimientos claramente criminales. Sólo Franz Büchner, patólogo de Friburgo, que en ese tiempo se desempeñaba como inspector de sanidad de la Fuerza Aérea y participaba en experimentos de congelación con animales, informó posteriormente que, en una sesión de médicos de las Fuerzas Armadas sobre el tema de los efectos del frío que tuvo lugar a fines de 1942 en Nuremberg, él y otro colega habían protestado contra la 'abyección moral' de los experimentos realizados en Dachau y criticado su 'insensatez científica'. Él había dirigido su crítica contra los procedimientos completamente superficiales de Rascher, quien al parecer también seguía una estrategia ajustada exclusivamente a la observación de resultados al azar y, por lo tanto, no podía registrar los antecedentes fisiológicos de verdadera significación<sup>130</sup>.



### *b) Bloqueo sistemático de la oposición*

Es un hecho incuestionable que para los médicos era difícil oponer resistencia al régimen totalitario, en tanto que las ideas directrices de 'renovación nacional' habían ganado un alto grado de adhesión en todos los medios sociales de la Alemania de ese tiempo, incluidos los médicos. Con base en el intento de resistencia de médicos contra el 'programa de exterminio', Mitscherlich y Mielke exponen un cuadro ejemplar de la situación de entonces, en la cual se pone de manifiesto con toda intensidad el compromiso personal de los participantes y la presión situacional en la ejecución de las disposiciones:

"Los procedimientos que, desde una parte hasta acá y a través de asesinatos masivos, tenían lugar en la acción de eutanasia, dan testimonio de la asfixiante carga que debían soportar aquellos médicos que estaban contra ella, pero que se habían decidido a permanecer en sus puestos para salvar por lo menos a algunos de los enfermos. Ellos estaban enfrentados a múltiples coerciones y un alto grado de incompreensión:

"1) Al dictado de la 'ordenanza del Führer'. Así, por ejemplo, el Prof. Creutz había logrado elaborar un plan para impedir por completo el desarrollo de la acción en la provincia de Renania, en conjunto con los directores de sanatorios y después de meses de trabajo. El 12 de febrero de 1941 llegó una comisión a las oficinas del jefe ejecutivo provincial, quien también había sido ganado para el plan de bloqueo. Ella estaba compuesta por el Prof. Heyde, director de la Sociedad de Trabajo del Reich, y por los miembros dirigentes de la Compañía para Transportes de Enfermos, Tillmann y Vorberg. El jefe provincial, su vice el Dr. Kitz y el Prof. Creutz, como jefe de sección del Servicio de Salud, expusieron minuciosamente sus razones para el rechazo de la acción. De improviso, el Prof. Heyde sacó un escrito de su bolsillo y lo pasó al jefe provincial, conduciéndolo hacia un costado para que lo leyera. El jefe provincial lo leyó, cambió de color, durante un lapso quedó demudado y finalmente declaró: 'Yo no lo sabía; bajo estas circunstancias, no puedo negarme a entregar a los enfermos'. Es prácticamente seguro que el escrito era una copia del decreto del Führer del 1-IX.1939. Al efecto constata el Tribunal: 'Ya la forma exterior del decreto: papel de carta privada, firma sin señalar la posición legal de autoridad estatal, ausencia de contrafirma del ministro responsable y la no publicación oficial contradicen de tal manera los usos regulares en actos legislativos, aún los de ese tiempo; que esta manifestación de la voluntad de Hitler, al contravenir todas las disposiciones formales, carecía en sí de cualquier poder legal'. Pero el automatismo de obediencia al poder del Estado anulaba ostensiblemente toda reflexión serena, toda posibilidad de distanciarse incluso en funcionarios que poseían tanta experiencia en asuntos legales. De esta



forma, los agentes de la acción de eutanasia no tenían mayores dificultades en cada reunión, como la aquí citada como ejemplo. 'El delgado tabique que... había logrado levantar en largos meses de trabajo el Dr. Creutz entre los miles de enfermos indefensos y los inflexibles instigadores berlineses, respaldados por todos los medios de poder de un sistema estatal autoritario, se había derrumbado en pocos minutos al primer contacto con el poder brutal que culminaba en el nombre 'Adolf Hitler' (Tribunal de Jurados, Coblenza, julio de 1950, 9/5 Kls 41/48).

"2) Los médicos se enfrentaban a concepciones contradictorias sobre la eutanasia en su propio medio. Los efectos del escrito de Binding y Hoche del año 1920 ('la licencia para exterminar vidas sin valor') ahora, bajo una ideología que propendía a su aplicación sistemática, se ponían de manifiesto con tinte funesto. Ya fuera por razones oportunistas o de 'convicción', que en todo caso estaban en contradicción absoluta con la ética de la profesión médica, los patrocinadores y organizadores podían estar seguros de encontrar un partidario de la eutanasia por cada médico que presentara su renuncia administrativa. Dos ejemplos de esto: 'El Prof. Gundel, jefe de sección del Servicio de Salud de Viena, rechazó a comienzos de 1940 realizar la acción de eutanasia. A consecuencia de ello, Berlín envió un comisario especial que dio curso a la acción a través de médicos partidarios de la eutanasia de forma que, en corto tiempo, fue exterminado el cincuenta por ciento del total de enfermos mentales. El Dr. Römer, director del establecimiento de Illenau en Baden, para poder sustraerse de la acción en 1940 se declaró enfermo y luego pidió ser jubilado anticipadamente., por lo que fue nombrado en su lugar, en carácter interino, el Dr. Schreck, un partidario de la eutanasia que había sido condenado a presidio perpetuo por un jurado de Friburgo por haber dado muerte a enfermos mentales. El Dr. Schreck en corto tiempo logró exterminar a todos los pacientes del establecimiento.

"No se puede hablar de solidaridad alguna entre los médicos en relación a las normas hipocráticas. Es digno de considerar cómo una actitud afirmativa frente a la eutanasia, la que se definía como gesto de preocupación y compasión, confluyera sin contradicción con el más brutal desprecio por el destino de los individuos y tal, en verdad, era la tendencia que ya se podía apreciar en el escrito de Binding y Hoche, al acuñar el término 'vidas sin valor', una cúspide de monstruosidad del pensamiento administrativo.

"3) Finalmente, los médicos se confrontaban con una aquiescencia silenciosa y pasiva frente al asesinato de los enfermos de parte de la mayoría de los parientes. Esta disposición se muestra 'con una claridad que espanta' durante el proceso citado en la declaración de un médico invitado como testigo, en la cual se dice que 'de 88 hombres y 80 mujeres, a los que debía dárseles muerte, sólo 3 parientes reclamaron frente a la eutanasia de sus deudos'.

"Presentar una resistencia efectiva bajo estas tres diferentes influencias no sólo

exigía valor personal, sino también un alta solidez en la propia escala de valores. El poder dictatorial se derrumbó [aquí], pero no debe menos que consternar que, después de esos horribles sucesos, aún existan médicos —en todo el mundo— que desean que la eutanasia se trate con seriedad como ‘un problema más’<sup>131</sup>.

Esta constelación de factores aclara en principio el por qué es más fácil investigar el grado de complicidad ideológica e implicación directa de personas e instituciones en el curso de tales ‘acciones especiales’, que localizar a los opositores, que actuaban entonces como ‘arena en la maquinaria’, naturalmente en un ámbito de camuflaje y silencio.

En consecuencia, existe un número mucho mayor de fuentes documentales sobre, por ejemplo, la forma cómo se llegó a la “unificación” de las asociaciones de médicos por la Liga de Médicos Nacionalsocialistas Alemanes. En ese entonces, y utilizando una fuerte propaganda y el aparato de terror del régimen nazi, la NDA logró congregarse a muchos médicos en los seis primeros años de su existencia: de 50 miembros de fundación en 1929 a 15.500 en enero de 1935.<sup>132</sup> Paralelamente, los miembros de aquellas organizaciones que habían permanecido en la oposición, como la Unión de Médicos Socialistas, fueron compelidos masivamente al exilio mediante persecuciones raciales o políticas<sup>133</sup>.

A pesar de todo, hubo entre los médicos actitudes de oposición y resistencia hacia las tendencias de asimilación que desarrollaba el régimen nazi y que, quisiéramos aquí destacar, por lo común no son reconocidas como tales<sup>134</sup>.

### *c) Investigación concentrada temáticamente*

S. Fahrenbach ha tratado con dedicación el “escotomizado” tema de la oposición de médicos al régimen nazi. A pesar de que algunas de las categorías empleadas por ella, así como sus interpretaciones, están insertas en el estilo habitual de investigación de la ex-RDA, el resultado de su pesquisa es muy concreto y rico en conclusiones<sup>135</sup>.

Para caracterizar las diferentes formas de oposición activa y pasiva al régimen nazi entre los médicos, esta autora diferencia entre una oposición antifascista y una actitud pro humanista. En ello distingue tres grupos:

“El primer grupo estaba constituido por médicos que seguían normas de conducta humanista y, por eso, entraron en contradicción con el poder político dominante. Por ‘actitud pro humanista’ de médicos se entiende aquí todo tipo de acciones dirigidas contra determinadas reglas o decretos legales del Estado fascista, de valor sobre todos para el área médica. Podía tratarse de actitudes de rechazo parcial, como contra el asesinato de pacientes mentales, protestas contra la legislación racial y otros programas nazis, negarse a participar en crímenes en la medi-



cina, recibir y proteger a perseguidos políticos o raciales, etc. La motivación para una acción tan altamente digna de reconocimiento se basaba por lo común en un compromiso con ideales del humanismo burgués, en convicciones religiosas y en el reconocimiento de normas tradicionales de ética médica, es decir, en la preservación de la escala de valores de orientación que [en los hechos] había sido derogada por el régimen fascista. Esta oposición puntual o parcial consistía en una crítica en detalles, no al sistema...

“Un segundo grupo estaba igualmente impregnado de ideales humanistas pero, además, de un pensamiento liberal burgués consciente. De ello surgen formas más abarcadoras en su accionar, un cierto grado de organización que no era posible en el primer grupo. El grupo berlinés ‘Tío Emilio’ [Onkel Emil] puede ser mencionado como ejemplo de este tipo de oposición.

“[Para el tercer grupo]... era característico, junto al ethos médico, una visión política de causas y contenidos del fascismo. La expresión más clara de esta posición la encontramos en la participación de médicos en grupos organizados de resistencia antifascista...”<sup>136</sup>.

En su investigación la autora tropieza con figuras contradictorias y a veces con circunstancias para ella inefables pues, a muchos médicos les parecía completamente compatible mantener una actitud personal de apoyo a personas perseguidas por el régimen nazi y ser leales a la nación alemana (como ella se entendía durante la era nazi):

“Un caso ejemplar, de lo complicado que significa valorar esto, puede ser la persona del Dr. Schede –desde el 1-X-1923 profesor de ortopedia en la Facultad de Medicina de Leipzig y luego en 1929 catedrático en la misma Universidad. En el proceso de desnazificación, la Comisión Especial del Bloque Antifascista-Democrático de Sajonia le confirmó, ya el 24-IV-1946, que él había impedido la esterilización forzada de personas nacidas con luxación de cadera y pie equino. Cuando en 1935 –en el contexto de la ‘Ley para el Restablecimiento del Estatuto de Funcionario Profesional’ (después que le fuera retirada temporalmente la primera orden de anulación de 1933)– al médico jefe de la clínica, profesor titular Dr. Ernst Bettmann, le fue anulado el permiso para ejercer como docente en la Universidad, éste fue apoyado por el Prof. Schede para que reconstruyera su existencia en Nueva York: Bettmann emigró de Alemania en 1937, debido a su origen judío. Tales actitudes, dignas de reconocimiento, se unían, sin embargo, en el F. Schede –como en muchos renombrados profesores universitarios de medicina alemanes– con declaraciones de apoyo a la política fascista de ‘renovación nacional emitidas por él como presidente de la Sociedad Ortopédica Alemana’<sup>137</sup>.

Además, la autora muestra a otros representantes de la oposición cuyas formas de oposición tenían una estructura de mayor nitidez:



“De manera diferente se comportó el Prof. Rainer Fetscher, suspendido de su cargo de docente en el Instituto Pedagógico de Dresden en 1933. En 1934 abrió una consulta donde, por una parte, atendía a antifascistas que habían estado prisioneros en campos de concentración y, por otra tuvo el valor —extraordinario para esos tiempos— de certificar las lesiones recibidas por un ex-prisionero en los campos de concentración de Hohnstein y Königstein-Halbestein”<sup>138</sup>.

La autora dedica un amplio espacio a determinados grupos, en los cuales la oposición se desarrolló en base a una clara definición de tareas:

“Pero hubo personas entre los médicos que se colocaron de parte de los perseguidos raciales. En la Primera Sección de Medicina Interna del Hospital de Moabit fue éste el campo de actividades más importante cubierto por los opositores al nazismo, allí reunidos a mediados de los años treinta. A ellos perteneció Georg Groscurth, médico asistente llegado a la clínica en diciembre de 1934. Al comienzo, este pequeño grupo se planteó tareas de carácter exclusivamente humanitario. Se preocupó de personas de creencia judía, a las que escondió, procuró cartas de alimentos y proveyó con pasaportes ‘arios’ falsificados para facilitarles la fuga de Alemania. Los miembros el grupo utilizaron con frecuencia la clínica como lugar de estadía protector... también mantuvieron relaciones con el Círculo de Confianza Mutua Antifascista’ de la Sección de Neurología de la Clínica de Moabit, donde especialmente el médico jefe Max Burger y el médico asistente Dr. Hermann Hilterhaus actuaban como obstructores de la esterilización forzada... corrigiendo diagnósticos (conducentes a la esterilización forzada) en sus informes médicos del tipo ‘demente de nacimiento’ o ‘epiléptico de nacimiento’, hecho por los médicos de servicio, clasificando las enfermedades como adquiridas, con lo cual le evitaron a muchas personas esa intervención inhumana”<sup>139</sup>.

El trabajo de investigación de S. Fahrenbach pone de manifiesto cómo la actuación por convicción religiosa traspasa a veces la frontera de la “oposición interior” hacia la “resistencia pasiva”. Es lo que muestra la historia del grupo resistente “Rosa Blanca” [Weisse Rose] de Munich al cual pertenecieron los hermanos Scholl (Hans Scholl era estudiante de medicina), los estudiantes de medicina Willi Graf, Christof Probst y Alexander Schmorell, así como el profesor de psicología y filosofía Kurt Huber:

“Los volantes escritos desde 1942 por el grupo muniqués, sobre todo por H. Scholl y A. Schnorell, provocaron gran sensación. En ellos, los estudiantes criticaban no sólo al fascismo y su política de guerra, sino que llamaban a la resistencia... Los resultados de la actividad de los estudiantes muniquestes, de los cuales Hans y Sophie Scholl y Christof Probst fueron ejecutados el 22-II-1943 (A. Schnorell y K. Huber fueron asesinados poco después) alcanzó también a Saarbrücken y Friburgo

(a través de W. Gras), a Berlín y a Hamburgo (a través de los estudiantes de química Hans Liepelt y Traute Lafrenz). Un efecto importante alcanzó el volante de enero de 1943 titulado 'Llamado a todos los Alemanes' que abarcó una área mucho mayor que el ámbito de Munich y que, por ejemplo, impresionó tan profundamente a los miembros del grupo berlinés 'Tío Emilio' que lo multiplicaron y repartieron, escribiéndolo a mano... En el grupo 'Tío Emilio' se demuestra también cómo el humanismo religiosamente fundamentado podía, en un Estado tan inhumano, conducir a actividades y formas que iban mucho más allá de la simple protesta... Ruth Andreas Firscher... en su diario de vida, el 16-IV-1945, expresó en cierto modo los motivos de fondo para la actividad de ella y sus amigos 'Ninguno de nosotros perteneció nunca a un partido político. Siempre queríamos ser sólo seres humanos'. El motivo para la asociación de los animados por los mismos sentimientos (en 'Tío Emilio') fueron los sucesos y consecuencias de la llamada 'Noche de los Cristales', el 9 y 10-XI-1938. Y así, los primeros actos de apoyo se dirigieron a personas escondidas por motivos raciales... Los médicos del grupo ayudaron, simulando enfermedades o dando diagnósticos falsos en los certificados médicos, a muchos trabajadores de la industria de armamentos y sabotearon el trabajo forzado así como el servicio en la milicia y el servicio militar, mediante la necesaria e inherente exención de trabajo para los afectados..."<sup>140</sup>.

La autora también llama la atención sobre la negación u olvido de la labor silenciosa de oposición de algunos médicos. Esta evidente "escotomización" de la resistencia como actitud frente al régimen nazi, conduce aún hoy a crear zonas de omisión perceptiva para clasificar y comprender la resistencia clandestina en esa época:

"Junto a estos médicos que actuaban en grupos, existió también un número alto de médicos —que por cierto hasta ahora no ha sido considerado suficientemente— que, sin mantener relaciones estrechas con los que pensaban en forma semejante, trataron de permanecer fieles a su juramento médico y a sus sentimientos humanitarios. Para eso pasaron con frecuencia a una actitud de 'emigración interna' y de acción directa. En la mayor parte, sus actividades fueron, sin embargo, temporalmente limitadas y, a menudo, relacionadas sólo con una determinada parte del aparato de poder fascista. Hacia fines de la guerra, se fortaleció crecientemente la resistencia de estos médicos en contra de las órdenes de 'aguantar, de destruir y desbatar sin sentido'"<sup>141</sup>.

#### *d) Trabajo oculto de resistencia*

Tomando como ejemplo el programa "Exterminio de vidas sin valor" Mitscherlich y Mielke documentan la posición opositora de médicos que actuaban en las sombras:



“La resistencia por convicción en la mayoría de los psiquiatras hacia ese ‘hito de progreso en la psiquiatría’ y los intentos de ellos para impedir el traslado de los enfermos, después de que la conducta del personal de la ‘Compañía de Utilidad Pública para el Transporte’ –formado en su mayoría por círculos cercanos a las SS– hubiera concitado su desconfianza, se desprende muy bien de un informe oficial francés. Este informe fue producto de investigaciones realizadas durante seis meses y resume los hechos que habían tenido lugar en Wurtemberg y Baden. En él se dice:

“Este plan monstruoso es sinónimo de hipocresía y mendacidad. En forma persistente se trató de camuflarlo, al mismo tiempo que se tomaba por mentecatos a los parientes de los enfermos y a los médicos.

“Cuando ya no cabían dudas acerca del carácter de estos traslados, empezó a producirse una gran agitación en círculos de psiquiatras. Los médicos de hospital se dirigieron a todos lados, esperando contar con comprensión. Pero las universidades permanecieron mudas, los directores de zona convirtieron, mediante amenazas, el mantener el secreto en obligación, los tribunales se mostraron impotentes. Sólo sectores eclesiásticos y el Ejército intentaron actuar directamente para tratar de dominar la creciente intranquilidad entre la población de estas provincias, en la que había prendido un gran miedo.”

Conocemos la lucha que se ha iniciado en diferentes universidades contra esta nueva doctrina. Personalidades de mucho prestigio científico son despedidas constantemente y desaparecen en el anonimato y, de esa manera, se les neutraliza<sup>142</sup>.

Ambos autores entregan algunos ejemplos de este rechazo público y fundamentan el final abrupto de las medidas para el “Exterminio de vidas sin valor”:

“El Prof. Büchner de Friburgo, trató el tema de la ética médica en una ponencia presentada en la Escuela de Educación Popular, en Friburgo del Brisgau el 18-XI-1941, rechazando profundamente las ideas sobre eutanasia.

Algunos psiquiatras, entre ellos el Prof. Kurt Schneider, renunciaron a hacer nuevas publicaciones de su disciplina.

“Hitler se dobló a la presión de esta opinión pública que había surgido de manera imprevista, impartiendo oralmente, en su cuartel general en agosto de 1941, la orden a Karl Brandt de que él, a su vez, ordenara ‘parar la acción de eutanasia’. Karl Brandt transmitió la orden por teléfono a Philipp Bouhler. No se encontró ningún documento escrito sobre esta ‘caída de telón’ y parece que nunca la ha habido. De los testimonios de diferentes testigos se puede deducir que, realmente, en el otoño de 1941 (en los establecimientos mencionados)... fue interrumpida la muerte de enfermos mentales mediante gas”<sup>143</sup>.



Este ejemplo ilustra la necesidad básica del régimen nazi de apoyarse en personalidades profesionalmente competentes y que gozaran de reconocimiento social, ya que se pudo cometer en su seno delitos sin tasa ni medida, sólo en tanto que la legitimidad del régimen se mantuvo incuestionada.

Desde la perspectiva actual, parece atrevido suponer qué hubiera sucedido si en ese tiempo hubiera existido menos obediencia ciega y más autonomía ética entre los médicos. Este subcapítulo sobre la oposición médica debería hacer manifiesto, sin embargo, de que, incluso bajo las condiciones ineluctables del período nazi, hubo personas que no dudaron en manifestar "Epur si muove" ("Y, sin embargo, se mueve"), oponiéndose activamente al terror totalitario.

#### 4. COMENTARIO

Durante el nazismo, como nunca hasta entonces, la medicina sirvió como instrumento aquiescente de una estrategia global.

En el sector médico, el terror adujo argumentos de pretendido valor científico para legitimar el exterminio de "vidas sin valor" y se desarrollaron experimentos con seres humanos sobre la base de una "racionalidad de fin de los tiempos". En ambos aspectos, los médicos participantes parecían estar liberados de todo principio de ética médica al participar en la administración sistemática del arte de matar. De ello surgió una topografía del terror bien definida, con sistemas de "transporte y distribución" altamente afiatados para la exterminación de pacientes y que además tomó cuerpo concreto en campos de concentración, donde tenían lugar "experimentos terminales", sustentada en principios de un virtual progreso del conocimiento en la ciencia médica.

Frente a la amplia gama de delitos de lesa humanidad en la era nazi, parecen perder sentido las categorías usuales para juzgar éticamente actividades médicas y científicas. No solamente los ejemplos concretos de este quehacer —con su total desprecio a lo humano— superan cualquier imaginación y hacen aparecer al mismo "infierno de Dante como una comedia"<sup>144</sup>; del mismo modo, la virtual consideración de factores atenuantes de responsabilidad en el sentido de "situaciones límite" tales como la mentada "guerra total", parece fuera de lugar, para explicar la conducta de los médicos y científicos implicados, pues hasta el final se dispuso en esta área de actividades de una posición preferencial y de estructuras funcionando sin interrupción. Parece ser que al contrario tales condiciones de poder sin límites condicionaron la tentación fáustica en los médicos participantes y abrieron camino a su energía criminal propia.

Para este estudio sobre la medicina bajo la dominación nazi era fundamental guiarnos por la cuestión "¿Qué hubo y cómo sucedió?"; es suficiente entonces cons-

tatar que existieron médicos y científicos que pusieron sus conocimientos y aptitudes al servicio de un aparato de poder considerado como trascendente y al hacerlo rompieron con todas las convenciones éticas en vigor.

Tomar la perspectiva de las víctimas, como exige Dan Diner<sup>145</sup>, hace imprescindible una descripción directa de tales experimentos y arbitrariedades con seres humanos: cuando la realidad supera la peor fantasía, se hace imprescindible conocer esa realidad en forma sobria y directa.

En general, podemos afirmar que las investigaciones realizadas sobre esta "medicina sin humanidad" ha influido profundamente en nuestra visión actual. El conocimiento adquirido sobre experimentos con seres humanos en campos de concentración y sobre exterminio de "existencia lastre" ha agudizado la percepción de lo "inimaginable" en la investigación y práctica médica. Aunque hoy estos acontecimientos parezcan surgir de un pasado muy distante y, por lo tanto, difíciles de reconocer y de comprender en su cabal dimensión constituyen, no obstante, una parte decisiva de la historia de la medicina. Sólo la consideración como posible de tal ruptura de límites éticos—sin tapujos ni falsos pudores— puede ayudar a que la tendencia a repetir tales desacatos no gane terreno en base a la pura ignorancia.

#### Notas

1. Ver: H.P. Schmiedebach (1987): *Medizin im Nationalsozialismus und unsere heutige Verantwortung*. En: W. Popp (Ed.): *Aus der Bedrohung zum Handeln*. Berlin, pp.144-145.
2. *Ibidem* p.145.
3. Cifr.: A. Thom; G.I Caregorodcek (1989): *Medizin unterm Hakenkreuz.*, p. 43.
4. Cfr. A. de Gobineau (1853-1855): *Essai sur l'inegalité des races humaines*, 2 tomos, París (en alemán 1898-1908): *Versuch über die Ungleichheit von Menschenrassen*, Stuttgart. En relación a la actual discusión, plantea C. Guillaumin: "Gobineau, 'el' teórico del rol determinante de la raza en las relaciones humanas no da ninguna definición en su *Essai sur l'inegalité des races humaines*", probablemente no por cautela teórica: en lo fundamental él considera la existencia de razas como un hecho dado, por lo cual, para ser utilizado como término, no necesita ni definición ni precisión... Si numerosos científicos que hoy investigan en las ciencias humanas plantean que 'las razas humanas' no sería una categoría precisamente separable, concluyente o definible, muestran 'por oposición' que el uso entonces procedía de una evidencia no analizada y que tenía que pasar más de un siglo antes que el trabajo de crítica conceptual pudiera comenzar con un término aceptado sin pruebas'. Ver Guillaumin: *RASSE. Das Wort und die Vorstellung*. In: *Hamburger Institut für Sozialforschung; U. Bielefeld (Ed.): Das Eigene und das Fremde. Neuer Rassismus in der Alten Welt?* Hamburg, p.162.
5. Ver: E. Seidler (1984): *Die Freiburger Gobineau-Vereinigung und die Verbreitung des Arier-Gedanken in Deutschland*, p. 124. Ahí cit. L. Schemann (1910): *Gobineaus Rassenwerk*. Stuttgart (I/pp.2, 403)



6. Galton formuló los objetivos sociales y prácticos de la eugenesia en los siguientes términos: La primera intención estribaría en "controlar la tasa de nacimientos de los 'no apropiados' (unfit), en lugar de permitirles llegar a la vida, a pesar de que un número grande de ellos está condenado a fallecer ya antes de su nacimiento. Una segunda intención es (conducir al) mejoramiento de la raza a través de la promoción de los 'apropiados' (fit), mediante el matrimonio temprano y la atención a un sano crecimiento de los niños." Cit. en H.P. Schmiedebach, op. cit., p. 142.
7. Cfr. G. Mann (1978): *Neue Wissenschaft im Rezeptionbereich des Darwinismus: Eugenik - Rassenhygiene*. En: *Ber. Wiss.-gesch. I*, pp.101-111.
8. La etnología o estudio de pueblos primitivos, manifestación particular de la antropología cultural en Alemania, no halló cabida como ciencia útil al estado nazi, a pesar de las continuas ofertas de sumisión que realizaron sus representantes académicos. H. Fischer atribuye esto al desinterés evidente de los dirigentes nazis por reactivar el colonialismo alemán del siglo pasado. Ver H. Fischer (1990): *Völkerkunde im Nationalsozialismus. Aspekte der Anpassung, Affinität und Behauptung einer Disziplin*. Berlin-Hamburg.
9. En el manual de la exposición homónima y bajo el ítem Ciencia y Política, Pross y Aly analizan el trabajo de E. Fischer. ellos citan una parte del capítulo final de su informe de investigación del año 1913, suprimido en posteriores ediciones: "El significado político de los bastardos; aún no conocemos mucho sobre mezcla de razas, pero esto sí que lo sabemos con seguridad: todos los pueblos europeos que tienen sangre de razas de menor valor -y solo ilusos pueden negar que los negros, hotentotes y muchos otros son de menor valor- han pagado sin excepción esa inclusión de elementos de menor valor con decadencia espiritual y cultural." El libro fue publicado nuevamente en 1961 como "obra básica científica de la genética humana". Ver Chr. Pross, 1989. p. 98.
10. Las áreas de actividades del instituto fueron formuladas por él como sigue: "La tarea consiste no solo en estudios sobre características antropológicas, sino en ganar conocimientos de la distribución del mayor número posible de predisposiciones hereditarias favorables o desfavorables en el pueblo alemán. La llamada eugenesia o higiene racial procura así integrar tales labores, surgidas de investigaciones antropológicas y de herencia biológica, de modo que de las propuestas positivas sobre procreación y matrimonio, legislación de herencia y otras [de índole] social, caritativa, resulten también normas legales y administrativas." Ver: Eugen Fischer (1928): *Die Erforschung des Menschen. Das K.W.I. für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik*. Cit. en Bergmann, A. et al. (1989), en Pross y Aly, op. cit. p. 124.
11. Fischer subrayó con toda claridad su apoyo conceptual a los objetivos de la política nazi: "Es poco frecuente y de especial fortuna para una investigación, de por sí teórica, si ella ocurre en un momento en que la cosmovisión general le concede el favor del reconocimiento, e incluso sus resultados prácticos son acogidos de inmediato para servir como referencia de medidas estatales. Cuando hace años el nazismo transformó no solo el Elstado, sino también nuestra visión del mundo, la ciencia sobre la herencia humana poseía ya la suficiente madurez como para ofrecer una base. No es que aqué hubiera necesitado de una base científica para probar ser correcto -las visiones del mundo son vividas o combatidas pero no fatigosamente cimentadas-, mas los resultados de la ciencia de la herencia humana fueron imprescindibles para las leyes y



los preceptos normativos del nuevo Estado.” E. Fischer en: Deutsche Allgemeine Zeitung, 28-III-1943. Cit. en Begmann, A. et al. 1989, *ibídem*, p.133.

12. “Waffen-Schutzstaffel o Waffen-SS o simplemente SS: Servicio de seguridad creado para “tareas especiales” y a disposición exclusiva de los dirigentes nazis. Su área de operaciones abarcó desde la “depuración racial y política” del Reich y las zonas ocupadas hasta la administración de campos de concentración -incluidas labores de exterminio- y trabajos forzados en la industria bélica. Ellas serían el germen de una aristocracia nacionalsocialista: “Las SS llevan a cabo la selección de una nueva clase conductora -positivamente, de partida a través de las instituciones de educación político-nacionales, mediante las entidades de ordinación [Ordenburgen] en cuanto verdaderas academias de la venidera aristocracia nacional-socialista y terminando con un práctico en política de estado; -negativamente, a través del exterminio de todos los elementos de menor valor biológico-racial y la extirpación radical de toda aquella oposición política no-rehabilitable, que se niegue por principio a aceptar la basis de cosmovisión del estado nacionalsocialista y de sus instituciones esenciales”. Ver W. Hofer (1957): *Der Nationalsozialismus. Dokumente 1933-1945*. p.108. En adelante los nombraremos sólo como SS.
13. Ver M.H. Kater (1989): *Die Krise der Ärzte un der Medizin im Dritten Reich*. En: Chr.Pross; G.Aly, *op.cit.*, p.360-364. Kater aborda directamente las consecuencias teóricas y humanas de la “ciencia de la raza”: “No se puede subrayar con suficiente insistencia en qué gran medida las doctrinas raciales, a las que estaban expuestos los futuros médicos durante sus estudios en las universidades del Tercer Reich, se habían instalado en sus conceptos médicos. Por ejemplo, a comienzos de 1942 hizo notar el servicio de inteligencia de las SS que eran especialmente ‘los médicos jóvenes quienes total y absolutamente estaban de acuerdo con la ‘eutanasia’.al contrario de los mayores que habían terminado sus estudios antes de la dictadura. Al respecto, los seminarios del Prof. von Verschuer en Francfort entregan los mejores ejemplos. Este noble instruía a sus estudiantes en el cuidado de la herencia y la raza, dándoles a conocer además las correspondientes leyes del régimen en ese sector. Los estudiantes aprendían técnicas para comprobar la idoneidad de novios para el matrimonio y se ejercitaban en ‘diagnósticos de herencia’, ‘prognósticos de herencia’ y dictámenes facultativos sobre esterilizaciones. En la especialidad ‘ciencia de la raza’ se estudiaba la discrepancia entre las razas humanas y también los resultados de la mezcla racial, como entre ‘arios’ y judíos. La base de todo esto era la gran política demográfica nazista...” (*op. cit.* p. 365).
14. Entre los compromisos aceptados por médicos en ese período, existe uno muy especial, pero habitual en muchos lugares: la observación de las ordenanzas nazis de esterilización. Aunque este tema no ha sido exhaustivamente investigado, se puede partir de cerca de 400.000 personas esterilizadas en el Tercer Reich, la mayoría no voluntariamente. Ahora, sobre cuántas entre ellas fueron denunciadas después de asistir a la consulta de su médico, aún no ha sido determinado. Lo que sí es seguro, es que la denuncia representaba una amenaza [para el médico], él podía eludir fácilmente esta necesidad impuesta, pero entonces entraba con conflicto con la dictadura, así también para el paciente que por temor a menudo no asistía a la consulta. Durante el Tercer Reich ya sólo este factor pervirtió hasta una medida insoportable la antiguamente cultivada confianza entre médico y paciente, anulando así el derecho individual de todo ciudadano a la protección humana de su salud.” (Kater, *op.cit.*p.366)

15. Ver: S.Hahn (1989): Entwicklungstrend der Betreuung chronisch Kranker im Rahmen der faschistischen Gesundheitspolitik in Deutschland. En: A.Thom, G.I.Caregorodceck; op.cit., pp.118-119.
16. Cfr. G. Baader, U.Schulz (Ed.)(1983): Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit - Ungebrochene Tradition? Berlin.
17. Chr. Pross, G. Aly (1989), tomando como ejemplo una discusión titulada "¿Puede matar un médico?", realizada en 1922 en Sajonia, los autores nos muestran cuan cerradas estaban las líneas argumentativas: "En ella un médico de Dresden censuró el contrasentido existente en que muchos de los que exigen la abolición de la pena de muerte para delincuentes, estén por la muerte de idiotas".(p.22).
18. "Waffen-Schutzstaffel", como hemos visto, fuerzas de control en campos de concentración -incluidas labores de exterminio- y trabajos forzados en la industria bélica. Ellas serían el germen de una aristocracia nacionalsocialista: "Las SS llevan a cabo la selección de una nueva clase conductora -positivamente, de partida a través de las instituciones de educación político-nacionales, mediante las entidades de ordinación [Ordenburgen] en cuanto verdaderas academias de la venidera aristocracia nacionalsocialista y terminando con un práctico en política de estado; -negativamente, a través del exterminio de todos los elementos de menor valor biológico-racial y la extirpación radical de toda aquella oposición política no-rehabilitable, que se niegue por principio a aceptar la basis de cosmovisión del estado nacionalsocialista y de sus instituciones esenciales. Ver W. Hofer (1957): Der Nationalsozialismus. Dokumente.
19. Ver: S.E. Seidler (1986): Alfred Erich Hoche (1865-1943) -Versuch einer Standortbestimmung. Friburgo, p.73
20. Ver: Mitscherlich y Mielke, op.cit., p.183.
21. Ver: S.A.Thom (1989): Die rassenhygienischen Ideen der faschistischen Gesundheitspolitik - Die Zwangsterilisierung als Beginn ihrer antihumanen Verwicklichung / en: A. Thom, G.I. Cargodovceck, op.cit., p.87.
22. Ver: Zeugenaussage durch Herrn Werthaimer, Insasse in Ausschwitz und Bierkenau. En: Konzentrationslager Dokument (en adelante "KLD"), F 321, p.190.
23. Ver: Chr.Schöder (1989): Programm und Wirklichkeit der "Neuen deutschen Seelenheilkunde". En: A. Thom; G.I. Cargodovceck, op.cit., p.298.
24. *Ibidem*, p. 290
25. Ver: A. Thom (1989): Die Entwicklung der Psychiatrie und die Schicksale psychisch Kranker sowie geistig Behinderter unter den Bedingungen der faschistischen Diktatur. En: A. Thom; G.I. Cargodovceck, op.cit., p.134
26. Ver: Mitscherlich y Mielke, op.cit., p.184.
27. Ver: P. Riedesser; A. Verderber (1985): Aufrüstung der Seelen. Militärpsychiatrie und Militärpsychologie in Deutschland und Amerika. Friburgo d.Br., p. 75
28. Cfr. E. Klee (ed.)(1985): Dokumente zur "Euthanasie". Francfort, p.239.
29. Ver: A. Thom, op.cit., pp.143-144. El autor concluye su relación con la siguiente reflexión: "De acuerdo a todas las comprobaciones hasta ahora efectuadas, se puede asegurar que las muertes de niños en el marco del programa descrito constituyen asesinatos desde el punto de vista jurídico y desde el punto de vista ético tampoco se puede encontrar justificación alguna..."(*Ibidem*).
30. Los preparativos, dirigidos a una guerra para ampliar el espacio vital y frenar el bol-



chevismo, fueron resumidos en dos líneas por Hitler en 1936: 1) El Ejército alemán debe estar preparado en cuatro años para la acción. 2) La economía alemana debe estar capacitada en cuatro años para la guerra. De: Aus Hitlers geheimer Denkschrift über den Vierjahresplan (1936). En: W. Hofer (1957): Der Nationalsozialismus. Dokumente 1933-1945; Francfort, p.86.

31. Ver: A. Thom, op.cit., p.145.
32. Cfr. Ankerstein et al.(1985): Heilen und Vernichten im Nationalsozialismus, p.82.
33. Ver: A. Thom, op.cit., pp.145-147.
34. La acción de borrar las huellas en ese circuito de exterminio demostró ser muy efectivo. Incluso hoy es difícil seguir con exactitud la ruta de un paciente desde su traslado de la primera clínica hasta las instalaciones donde se le daba muerte. Sobre posibles muertes de pacientes en las clínicas psiquiátricas mismas se dispone sólo de indicios indirectos como, por ejemplo, la alta frecuencia de casos letales a fines de julio en 1943 entre los pacientes de una clínica universitaria del norte de Alemania cuyas evoluciones no muestran enfermedades físicas graves y en que, todos sin excepción, fallecen de muerte repentina, registrada formal y escuetamente: 30-VII-1943, Exitus letalis en fuerte estado de excitación". Cfr. Pfäfflin, F. et al.(1989): Die Krankenversorgung. En: Hendrik van den Busche (Ed.), p.333.
35. Ver: A. Thom, ibídem, p.147.
36. Además cita un extracto de un documentación interna de Hartheim: 'Hasta el 1° de septiembre de 1941, fueron desinfectadas (es decir, asesinadas, A. Th.): 70.273 personas' y a esa cuenta, hecha con toda frialdad, agraga los costos ahorrados para la economía nacional, mediante el exterminio de 'vidas sin valor':  
Con un costo promedio de gastos diarios de RM 3,50 resulta
  - 1) un ahorro diario de RM 245.955,50
  - 2) un ahorro anual de RM 88.543.980,00
  - 3) con una esperanza de vida de 10 años RM 885.439.800,00Esto quiere decir que esta suma se ahorra hasta el 1° de setiembre en razón de la 'desinfección' de 70.273 personas". Cifr. A.Thom, ibídem, p.147.
37. Ver: K.H. Roth (1983) .
38. Ver: Mitscherlich y Mielke, op.cit., p. 184.
39. Ibídem.,pp.205-206.
40. Ibídem., pp. 206-208.
41. Ibídem., pp. 209-210.
42. Cit. en S. Hahn, 1989a, pp. 77-78.
43. A. Hommel; A. Thom (1989): Verbrecherische Experimente in den Konzentrationslage, p.380.
44. Para comprender la situación de la ética médica poco antes de la toma del poder por los nazis y los consecuentes crímenes contra la humanidad, son muy importantes los siguientes incisos de esa legislación:
  - 3) Se debe entender como experimentos científicos, en el sentido de las directrices, aquellas intervenciones y formas de tratamiento que sean realizadas por razones de investigación, sin que en cada caso tengan que servir a tratamiento curativo y cuyos efectos y consecuencias aún no estén suficientemente cubiertas por las experiencias ya realizadas.

- 4) Toda nueva terapia, tanto en su fundamentación como en su realización, debe congeniar con los postulados básicos de la ética médica, con las reglas del arte y ciencia médicos... (Ella) se puede realizar sólo si, en la medida de lo posible, ya antes ha sido probada en experimentos con animales.
- 5) Una forma de tratamiento de nuevo tipo sólo puede ser aplicada después que las personas afectadas, o sus representantes legales, en base a una explicación previa y específica, declaren su acuerdo y aceptación de forma inequívoca con ella ...
- 7) La ética médica rechaza cualquier uso de situaciones sociales precarias como base de la ejecución de nuevos tipos de terapia....
- 12) ...a) La ejecución de un experimento es absolutamente inadmisibles en ausencia de consentimiento expreso.
- b) Todo experimento con un ser humano debe ser rechazado, si éste puede ser reemplazado por animales.
- c) Los experimentos con niños o jóvenes menores de 18 años no pueden tener lugar, si de ellos se deriva el menor riesgo para el niño o el joven." Cfr. A. Hommel; A. Thom (1989): *Verbrecherische Experimente in den Konzentrationslagern*, p.385.
45. *Ibidem*.
46. *Ibidem*., p.386.
47. Esto fue reforzado por el lanzamiento de panfletos enemigos en los frentes alemanes, los que "informaban de la entrega de bolsas de sulfonamidas y penicilina a los soldados aliados, de modo que pronto sobre ese medicamento en el lado alemán 'se habló como de un remedio milagroso que desde el comienzo protegía a los enfermos o heridos contra las infecciones.' Véase Mitscherlich y Mielke, *op. cit.* p. 132.
48. Sobre la situación de entonces en el Cuartel General, expresó el Prof. Gebhardt al Tribunal de Nuremberg: "La situación de ese momento en verdad es inimaginable y yo fui citado donde Hitler, quien no me recibió, sino que me envió a Himmler y la declaración de Himmler fue muy simple, ya que se me aclaró la opinión de Hitler: Heydrich era como una batalla perdida, pero de tal envergadura, como hasta ese momento nunca la habíamos sufrido." *Ibidem*, p.133.
49. Con marcado tono propagandístico se informó sobre una sesión de trabajo entre Hitler, Himmler y Wolff, general de las SS: "por principio deben permitirse los experimentos en seres humanos, cuando está en juego el provecho del estado..." y "nadie que se encuentre en la cárcel o en un campo de concentración debe permanecer completamente incólume frente a la guerra, en tanto que los soldados alemanes deben rendir lo imposible y la patria, con sus mujeres y niños, es azotada por bombas incendiarias de fósforo" *cf.* *ibidem*, p. 132.
50. De acuerdo a su argumentación en el proceso contra médicos en Nuremberg. *Cit.* en *ibidem*, pp.132-133.
51. Ver: KLD, F 321, p. 152.
52. Escrito acusatorio para el proceso contra médicos en Nuremberg, referencia de A. Thom, *op.cit.*, p.388.
53. Ver: KLD F 321, p.142.
54. Cfr. A. Hommel, A. Thom, *op.cit.*, p.388.
55. Citado en: Chr. Proos, G. Aly, *op.cit.*, p.377.
56. Ver: Mitscherlich y Mielke, *op.cit.*, p.151.



57. *Ibíd.*, pp.149-150.
58. *Ibíd.*, pp.158-159.
59. *Ibíd.*
60. Ver: KLD F 321, pp.144-145.
61. Mitscherlich y Mielke, *op. cit.*, p. 165.
62. Ver: A. Hommel, A. Thom, *op.cit.*, p.390.
63. Ver: KLD F 321, p.140.
64. Ver: Mitscherlich y Mielke, *op.cit.*, pp.96-97.
65. Hommel y Thom agregan: 'Aunque Rose al comienzo se había manifestado receloso frente a la realización de experimentos con seres humanos y especialmente también contra la inclusión de prisioneros de campos de concentración, más tarde se decidió por una colaboración activa. En esta decisión jugó un papel primordial tanto la importancia bélica de los resultados buscados en esos experimentos, como el argumento de que en esas personas se trataba de delincuentes, de los cuales se podía exigir un sacrificio por el bien común. Así [para él] quedaba completamente sin considerar que la amplia mayoría de las personas, internadas por el régimen terrorista fascista en los campos de concentración, habían sido perseguidas por actitudes de resistencia política, por motivos racistas y como consecuencia de un manejo arbitrario de las ordenanzas relativas al ilimitado resguardo de la seguridad... (*op. cit. p. 391*)
66. Ver: Mitscherlich y Mielke, *op.cit.*, p.110.
67. *Ibíd.*
68. *Ibíd.* pp.102-103.
69. Hommel y Thom comentan la trayectoria de este hombre y entregan información sobre las conclusiones del proceso de Krakower: "El diario de J.P. Kremer constituye un documento contemporáneo especialmente interesante en la medida en que, también en otras esferas de la vida profesional y familiar, muestra la falta de carácter de un hombre que, por lo demás, poseía dos títulos de doctor, había logrado una notable carrera y algunas distinciones científicas, sin poseer conciencia y capacidad para formarse un juicio moral. Por los delitos cometidos en Auschwitz, fue condenado a muerte en 1947, pero posteriormente, debido a su edad, dejado en libertad por el gobierno polaco. Más tarde, en la República Federal de Alemania [fue] nuevamente condenado a diez años de prisión. La Universidad de Munster anuló sus títulos académicos". Ver: A. Thom, *op. cit. p. 400*.
70. Cfr. J. Bezwinka, D. Czech (1981): *Auschwitz in den Augen der SS: Höss, Brandt, Kremer*.
71. Ver: KLD F 321, pp.141-142.
72. Según la declaración del testigo presencial Henry Henrypierres, quien trabajó en el Instituto de Anatomía hasta la ocupación por los aliados de la ciudad de Estrasburgo, fueron incorporadas a esta acción 86 personas, mujeres y hombres, que 'no murieron por causas naturales'. Cfr. Mitscherlich y Mielke, *op. cit. p. 178*
73. *Ibíd.*, p.167. Sobre su paradero dicen los autores: 'El Prof. August Hirt está desaparecido, se considera muerto' (p. 180).
74. *Ibíd.*, p.181.
75. Ver: KLD F 321, p.147.
76. *Ibíd.*, p.143.

77. En "Individuo y terror" L. Löwenthal subraya la relación causal entre detenciones masivas e intención de anular la historia individual en las víctimas del terror totalitario: "Las detenciones masivas típicas de la primera etapa del terror totalitario, el hacinamiento en los campos de concentración de personas de la más variada procedencia, ideología y religión, por las más diversas razones, servía justamente para borrar las diferencias y derechos individuales frente al aparato de poder. La diferencia cualitativa que normalmente existe entre presidiarios juzgados y condenados y el resto de la población, no existía entre las víctimas del terror en los campos de concentración y los seres humanos fuera de ellos. El principio de selección en detenciones masivas, en apariencia tan irracional, se basa en un cálculo terrorista. La cuestión de la culpa individual es tan poco importante como inútil la esperanza en una limitación temporal de la pena." Ver: p.16.
78. Ver: Lifton, op.cit., pp.249-255.
79. Ver: KLD F 321, pp.124-125.
80. Ver: Lifton, op.cit., pp.257-258.
81. Ver: KLD F 321, pp.130-131.
82. Ver: Mitscherlich y Mielke, op.cit., p.228.
83. Rascher es descrito como una personalidad especialmente inescrupulosa y carrerista, que habría utilizado su relación personal con Himmler -ya antes de iniciarse la guerra en 1939- para conseguir el permiso de incorporar prisioneros de campos de concentración a las investigaciones sobre la composición sanguínea de enfermos de carcinoma que estaba realizando. Cfr. G. Baader (1985): *Ärzte und medizinische Verbrechen: Menschenexperimente*. En: F. Kudlien (Ed.): *Ärzte im Nationalsozialismus*. Colonia, p.43.
84. En esta carta del Dr. Rascher, escrita en forma muy personal a Himmler, se pueden constatar algunas inexactitudes. Así, la Fuerza Aérea había recién experimentado con voluntarios (investigadores y colaboradores) sobre vuelos a gran altura con un límite máximo de 12.500 m. El Dr. Rascher contaba con escasa simpatía en la dirección de esta sección, de modo que no había podido efectuarse ningún tipo de acuerdos. A pesar de todas estas discordancias, el Dr. Brandt, referente personal de Himmler, le transmitió a Rascher la aprobación de su jefe para realizar experimentos con seres humanos en la cámara de alta presión: "Le puedo comunicar que, desde luego y con mucho gusto, se pondrán a su disposición prisioneros para la investigación sobre vuelos a gran altura. He puesto en conocimiento del jefe de la Policía de Seguridad la respectiva aprobación del Reichsführer-SS y le he solicitado instruir al empleado encargado para que tome contacto con Ud." Ver: Mitscherlich y Mielke, op.cit. pp. 21 y 283
85. Cfr. M.H. Kater (1974): *Das "Ahnenerbe" der SS 1935-1945: Ein Beitrag zur Kulturpolitik des Dritten Reiches*. Stuttgart.
86. Los autores agregan: "El margen de posibilidades de decisión, existente en la elección individual de métodos para cumplir las labores científicas confiadas, era tan amplio, incluso en los últimos años de la guerra, que se podía obviar prácticas extremadamente inhumanas" (Ver Hommel y Thom op. cit. p. 389)
87. Esto se puede apreciar en la correspondencia dirigida por Rascher al Dr. Brandt, referente personal de Himmler, para definir en detalle un punto importante en el trato a los prisioneros: "Le solicito aclarar con el Reichführer a la mayor brevedad el siguiente caso: En el escrito del RF-SS del 18-IV-1942, párrafo 3, se ordena que si los prisioneros de Dachau condenados a muerte sobreviven a experimentos de peligrosidad mor-



tal, deben ser indultados. Como hasta ahora se me ha puesto a disposición sólo a polacos y rusos, entre ellos también algunos condenados a muerte, no me queda claro si el párrafo 3 anteriormente mencionado puede ser aplicado también a éstos y si a los mismos, después de resistir varios de los más fuertes experimentos, se les puede conmutar la pena por prisión perpetua en campo de concentración..."

La detallada respuesta del 21-X-1942 expresa: "Al SS Obersturmbannführer Schnitzler, Munich. Por favor, comuníquese al SS-Untersturmführer Dr. Rascher, en relación a su consulta escrita, que la ordenanza emitida en su tiempo por el Reichsführer-SS sobre indulto de personas de experimentos no es válida para polacos y rusos" (Mitscherlich y Mielke, pp. 25-26)

88. Himmler se manifestó sobre el trato que debía darse a miembros de otros pueblos de la siguiente manera: 'Si otros pueblos viven en condiciones de prosperidad o si ellos son arrasados por el hambre, me interesa solamente en tanto que los necesitemos como esclavos para nuestra cultura, de otro modo no me interesa en lo más mínimo. Si para cavar una trinchera de tanques se requiere que 100.000 hembras rusas deban caer agotadas, me interesa tan solo en cuanto la trinchera llegue a buen término para Alemania o no. En tanto que no deba ser, no seremos nunca brutales y desalmados; está claro. Nosotros los alemanes, los únicos con una actitud decente hacia el animal, tendremos también una actitud decente hacia tales bestias humanas, pero es un crimen contra nuestra propia sangre, preocuparnos por ellos y llevarles a ellos ideales, de modo que nuestros hijos y nietos tengan mayores dificultades con ellos' (Ver Hofer, 1957, documento 63, p. 113).
89. Cfr. G. Baader (1986): *Medizinische Menschenversuche. Humanwissenschaft und Politik*. Berlín, p.46.
90. Ver: A. Hommel; A. Thom, op.cit., p.390.
91. Ver: Mitscherlich y Mielke, op.cit., p.71
92. *Ibídem*, p.20. Tomando como ejemplo a este médico, Mitscherlich y Mielke se centran en la cuestión que surge en forma reiterativa durante el curso de los procesos de Nuremberg: "¿Pierde un asesinato su carácter abyecto si ha sido cometido por orden superior? El planteo de este argumento de seguro sólo se puede entender por la situación de guerra. Justamente la guerra se presta óptimamente para ser definida como asesinato por orden superior. La gran responsabilidad directa debía ser buscada entonces en que Rascher era el iniciador de estos 'experimentos letales' y sólo se había pedido el visto bueno de Himmler" (ebenda p. 46).
93. R.L.Lifton cita de esta forma a un sobreviviente de Auschwitz en: "Ärzte im Dritten Reich", pp.193-194.
94. Ver: KLD F 321, p.185
95. *Ibídem*, p. 114
96. Ver: Lifton, op.cit., pp.195-196.
97. Este anexo es la versión escrita de una conferencia, dada en los Institutos Goethe de Buenos Aires, Montevideo y Santiago de Chile durante Mayo/Junio de 1995, a 50 años del fin de la Segunda Guerra Mundial, e intitulada "El síndrome de campo de concentración: Aspectos clínicos y psicosociales de su comprensión y tratamiento en países europeos de la postguerra (Alemania Occidental, Noruega y Polonia)".

98. Z. Bauman manifiesta acerca del espíritu rector de la maquinaria de extermio: "La Modernidad hizo posible el genocidio desde el momento en que el accionar orientado a un objetivo fue liberado de todo imperativo moral. Por cierto que la Modernidad no es la causa suficiente del genocidio, pero sí su condición necesaria. La capacidad de coordinar el accionar humano en grandes dimensiones, una tecnología que permite actuar sobre el objeto de acción incluso cuando éste está muy distante; una minuciosa distribución del trabajo..., la acumulación de conocimientos, incomprensible para el lego y elevando por lo tanto la autoridad de la ciencia... son los atributos integrales de la Modernidad. Pero ellos condicionan asimismo la sustitución de la moral por un accionar instrumental... y hacen factible el genocidio, dado que existen las fuerzas decididas a llevarlo a cabo. en otras palabras, a través de un debilitamiento radical de las inhibiciones morales y de la ejecución de... proyectos de ambicioso trazado, independientes de toda valoración moral, la Modernidad pone a disposición los medios para el genocidio" (1992, p.69).
99. Se obvian aquí eventuales puntos de comparación con la situación en las sociedades emergentes del terrorismo de estado en América del Sur. Es posible sin embargo que el conocimiento sistemático de lo que fue tanto el KZ como la época de postguerra en el contexto europeo pueda ayudar a descifrar el cortorno propio y quizá a obviar la imitación involuntaria de errores.
100. La ausencia de consonancia entre expresión y contenido en la gestión burocrática nazi tenía sistema, el ejemplo más connotado se aprecia en "Endlösung" (solución final) para denominar el exterminio de la población judía. Acerca de su concatenación con la cultura y la sociedad de postguerra véase Neumann, F.L. (1956): *Intellektuelle und politische Freiheit*.
101. Un ejemplo directo, de reciente conocimiento público, ocurrió en el KZL Bergen Belsen, fundado en abril de 1943. A poco de su instauración se internó allí a 2.400 judíos de origen sudamericano, o ciudadanos de USA y Europa, todos ellos contaban con visa para ingresar a Palestina y fueron hechos prisioneros mientras viajaban allá. Además había en B.B. 4.000 judíos de origen holandés (judíos de canje). De todos ellos pudieron salir en julio de 1944 222 prisioneros a Palestina y en la segunda mitad de 1944 1.800 a Suiza. Esto significa que ni siquiera uno de cada diez prisioneros pudo llegar al destino original de Palestina y menos de uno de cada tres sobrevivió el año de internamiento. Al liberar el campo las tropas británicas, encontraron 60.000 prisioneros en alto grado de extenuación; a pesar de dárseles asistencia médica, murió la mitad de ellos en las semanas siguientes (F.R. 28.IV.1995, p. 4).
102. A través de un esfuerzo editorial se ha traducido del polaco al alemán una parte significativa de los textos surgidos a partir de 1960 en la revista mensual: Cuadernos de Auschwitz. La publicación mantuvo el nombre y se extendió a dos tomos.
103. "Un verdadero Muselmann no se preocupaba por su limpieza personal no por la de su comida... La cabeza debía sin embargo estar envuelta en papeles, harapos o la manta, esto seguramente se debía a que todos estaban pelados al rape y había una alta sensibilidad al frío." Testimonio de M.E. Jezierka Citado en Ryn, Z. & Klodzinski, S. (1995): *An der Grenze zwischen Leben und Tod. eine Studie über die Erscheinung des 'Muselmanns' im Konzentrationslager*, pp.. 113-114.



104. Opus cit., p. 93.
105. *Ibídem*, p. 93.
106. En los días inmediatos a la liberación del KZ Antelme (1957/1996) se sintió sobrepasado por la contradicción evidente entre la necesidad de testimoniar y los medios de expresión con que contaban para ello: "Esta desproporción entre la experiencia que habíamos vivido y el relato que era posible hacer a partir de ella se confirmó definitivamente más adelante... nos parecía imposible colmar la distancia que íbamos descubriendo entre el lenguaje del que disponíamos y esa experiencia que seguimos viviendo casi todos, en nuestros cuerpos." (p. 13) M. Viñar define en su densa presentación esencia y visos de solución de la cuestión abierta por Antelme: "De esta paradoja entre lo imposible de representar y lo perentorio de decirlo tal cual, surge este libro, documento, testimonio y creación literaria, donde la calidad expresiva logra, como nunca lo hace un testimonio común, mantener una adecuación entre la magnitud del espanto que lo origina y la verdad casi inabismable que el destinatario necesita." (p. 6)
107. Op. cit. pp. 39-40.
108. Op. cit. pp. 141-142.
109. M. Duras (1986): *Der Schmerz*, pp 66-67.
110. *Ibídem*, p 73
111. Op. cit. pp. 81-82.
112. Müller-Hohagen (1994) comenta en relación a su actividad profesional y al trato regular con personas sobrevivientes de KZ: "También se corre el peligro, al menos en Alemania, de que psicólogos y terapeutas veamos a los sobrevivientes y a sus descendientes exclusivamente como víctimas. En ese caso estamos desconociendo -y esa tendencia existe- cuánta resistencia lograron oponer ellos a los nazis; y en qué medida muchos de ellos han contribuido después de 1945 a construir un mundo más humano". Véase Goethe-Institut (1994) p. 63
113. La experiencia del campo de concentración constituyó según la acepción de Bettelheim (1943) una traumatización extrema y confrontó a quienes se abocaron al apoyo y atención de las víctimas con una nueva dimensión de sufrimiento psíquico. Y como en toda forma inédita de sufrimiento, hubo un grado variable de dificultades para hacer perceptible las peculiaridades del síndrome y sus efectos en las personas afectadas.
114. Véase A. Kepinski. (1970/1987): *Das sogenannte KZ-Syndrom. Veruch einer Synthese*. En: *Die Auschwitz-Hefte*. Band II, pp. 9 y 11
115. Y complementa en cuanto a la reacción que ellos provocan en su medio social: "El que tiene parientes y amigos entre los ex-prisioneros de KZ tiene la sensación desagradable a veces de no encontrar un lenguaje común con ellos; ellos se sienten mejor en el círculo de sus camaradas de KZ que con sus familias." Op. cit. p. 12
116. Parece propio de este nuevo contexto el que haya habido impedimentos cognocitivos de gran magnitud, así se creía saber que la capacidad humana de integrar experiencias negativas era ilimitada y que, por lo tanto, cualquier forma disfuncional de reacción a experiencias extremas debía tener su origen en una personalidad premórbida o ya patológica. Es esta la convicción sólida de Griesinger (1845), considerado el padre de la psiquiatría social, manifestada en su obra "Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, für Ärzte und Studierende dargestellt".
117. Véase L. Eitinger (1989): *KZ-Haft und psychische Traumatisierung*, p. 120.

118. Op. cit. p. 121
119. En base a las informaciones de Eitinger (1989).
120. *Ibíd.*
121. Véase v. Baeyer, Häfner, Kisker (1964): *Psychiatrie der Verfolgten*, p. 372.
122. Ver Pross, Chr. (1988): *Wiedergutmachung. Der Krieg gegen die Opfer*.
123. V. v. Bayer op.cit. p. 369.
124. Comp. Introducción a "Psychiatrie der Verfolgten", p. III
125. *Ibíd.*, p. 370.
126. Ver pp. 261-262.
127. Müller-Hohagen (1194) reflexiona sobre su labor como terapeuta frente a ex-prisioneros de KZ en Alemania Federal: "A nosotros los 'especialistas', puede aplicarse el juicio de Epstein, según el cual ni como psicólogos ni como psiquiatras ni como psicoterapeutas tendremos jamás acceso a esa 'caja de hierro', si nos manejamos sólo con palabras, con denominaciones... Y allí está la gran incógnita, en qué medida tenemos nosotros algo más que el derecho de ofrecer nuestra asistencia y ayuda, siempre con la mayor cautela y sin ínfulas de omnipotencia que pretende ver en la terapia 'el medio' a elegir. Corremos el riesgo de perseguir a la s víctimas y a sus descendientes con nuestra terapia 'bien intencionada' y en el caso que se nieguen... los calificamos como no cooperadores, como no confiables, como 'resistentes a la terapia', estigmatizándolos... Las víctimas y sus descendientes suelen temer la reiteración de una dependencia, caer en una entrega, estar expuestos y luego ser abandonados al vacío. Esos temores tienen sus fundamentos, no solo a causa del pasado. El presente también suele ser muy difícil, aún hoy, o quizá otra vez en un futuro." Comp.
128. Esta tabla fue realizada como condensación de informaciones y síntesis temática para la conferencia de los Institutos Goethe arriba mencionada.
129. En términos epistemológicos se puede hablar de un proceso de "escotomización sociocultural" en la percepción de lo que fue la oposición al nazismo, esto es la gestación de zonas de omisión perceptiva para el tema específico y de un área de vacío conceptual y de análisis por quienes debieran tratar la materia. Ver: Riquelme, H. (1994): *Zonas de omisión perceptiva del niño en América Latina: Temas de ética profesional en una perspectiva sociocultural*. En: E. Giberti y UNESCO [Ed.]: *Nuevas políticas de y para la niñez. Una mirada clínica y social*. Buenos Aires (1997).
130. Ver: F. Büchner, 1961, p. 151.
131. Ver: Mitscherlich y Mielke, op.cit., pp.229-230.
132. Cfr. G. Baader (1984): *Die Medizin im Nationalsozialismus: Ihre Wurzeln und die erste Periode ihrer Realisierung 1933-1939*. En: *Nicht mißhandeln*. Berlín.
133. Cfr. K.M. Pearle (1984): *Ärztmigration nach 1933 in die USA: Der Fall New York* / en: *Med.hist.J.* 19, pp.112-137.
134. En relación con la complicidad pasiva en acciones que debían conducir a liberar del servicio militar, plantean Riedesser y Verdeber: "Nosotros mismos no pudimos encontrar ninguna fuente de ese tiempo de la cual fuera deducible que los médicos militares se hubiesen opuesto a tales órdenes. Sin embargo, seguramente hubo actividades subrepticias de médicos, cuyas historias estaría todavía por escribirse. Así, por ejemplo, se puede ver en la novela de Peter Bamm "Die unsichtbare Flagge" (La bandera invisible) que algunos médicos 'cerraban un ojo' en caso de automutilación". Op. cit., p. 34.



135. Sobre las virtuales consecuencias de actos de oposición de médicos durante el nazismo plantea: "Se conocen acciones aisladas, en las cuales médicos que estaban oficialmente al servicio del estado fascista, por razones humanitarias se manifestaron en contra de acciones planeadas por autoridades de gobierno. El Dr. Wilhelm Hagen, médico funcionario en Varsovia y director de distrito del comité de tuberculosis en la Gobernación General [territorios polacos ocupados], en carta dirigida a Hitler del 7-XII-1942 se expresó en contra de la muerte planeada de unos 70.000 polacos. Cuán peligroso era una acción de este tipo para el afectado, muestra el hecho de que el Reichführer-SS Himmler quiso 'ingresar' al Dr. Hagen a un campo de concentración a causa de sus ideas, que ponían en peligro al Estado; aparentemente desistió de ello por recomendación del Dr. Conti. No obstante, esto no debe ofuscar la vista al hecho de que los médicos que mostraron estas actitudes de protesta, estaban por lo demás y sin lugar a dudas insertos en el sistema y en general no debían temer sanciones que pusieran en peligro su vida, como lo demuestran numerosos ejemplos." Ver: S. Fahrenbach (1989): *Erscheinungsformen und Motive progressiver Haltung deutscher Ärzte in der Zeit des Faschismus*. En: A.Thom; G.I.Caregorodcek: *Medizin unterm Hakenkreuz*, p.445.
136. La autora se refiere también a los límites poco nítidos de esta clasificación: "Una división de este tipo no debe ser entendida en forma rígida. En los acontecimientos históricos reales dominan transiciones tanto del primero hacia el segundo como también del segundo hacia el tercer grupo." *Ibidem*, p.436.
137. *Ibidem.*, p.438.
138. *Ibidem*, p.438.
139. *Ibidem.*, pp.339-340.
140. *Ibidem*, pp.441-442.
141. *Ibidem*, p.445.
142. Mitscherlich y Mielke, *op.cit.*, pp.204-205.
143. *Ibidem*.
144. Cfr. con lo registrado en el diario de Kremer el 2-IX-1942; cit. en: Chr. Pross, G. Aly, *op.cit.*, p.298.
145. Cfr. D.Diner (1991): *Die Wahl der Perspektive. Bedarf es einer besonderen Historik des Nationalsozialismus?* En: *Hamburger Institut für Sozialforschung*. W. Schneider (Ed.): *Vernichtungspolitik*. pp.65-76.

### II.3. HACIA UN RESUMEN DIACRÓNICO COMPARATIVO

En los capítulos anteriores se desarrolló una descripción resumida y sistemática de la praxis médica en la Alemania nazi y bajo las dictaduras militares en tres países de América del Sur. El interés temático de esta presentación estaba enfocado en demostrar cómo la medicina ha sido instrumentalizada, pero también que, por motivos éticos, hubo en ambos contextos actitudes y gestos de oposición médica activa, individual y colectiva.

Las informaciones presentadas permiten afirmar que tanto las violaciones – con apoyo médico– a los derechos humanos en estos tres países de América del Sur, como la subordinación estructural de las ciencias médicas al nazismo en la Alemania de entonces no constituyen fenómenos aislados entre sí<sup>1</sup>.

A continuación intentaremos bosquejar un análisis comparativo de los acontecimientos ocurridos, durante el régimen nazi y las dictaduras militares, en el cruce temático de los derechos humanos y la ética médica. Aunque el nivel de conocimientos sobre cada contexto en particular es de una evidente desigualdad, sin embargo, existen algunas zonas de contacto temático para establecer paralelos y diferencias entre ambas épocas y sus actores.

De partida, concitan interés para esta comparación ciertos acontecimientos específicos y fundamentaciones de actos que, sin cuestionar la especificidad básica de cada época, llaman la atención hacia similitudes latentes de las situaciones entre sí.

En ambas situaciones globales hay semejanzas fenomenológicamente comprensibles en el ámbito de los delitos médicos y en el de las formas de resistencia practicadas.

#### DELITOS CONTRA LA ÉTICA MÉDICA

Como se ha mostrado en particular, las principales actividades de médicos implicados en el régimen nazi consistían en el apoyo teórico y ejecución práctica de:

a) Experimentos con seres humanos, sin consideración alguna hacia el cuerpo ni hacia la vida de los prisioneros afectados, como tampoco hacia los preceptos de ética médica existentes. Ellos sólo se ceñían a la voluntad de concretizar resultados experimentales y costaron innumerables vidas humanas.



b) Una política de eutanasia y eugenesia basada en criterios raciales y de presunta "utilidad social" que prescribía para la práctica médica (por ejemplo, a médicos de familia y médicos funcionarios) estrictos criterios de registro para controlar e informar oficialmente sobre eventuales detentores de estigma –tanto bajo criterios sanitarios como raciales–, para dar curso consecuente a su "neutralización" (esterilización) o "solución final" (exterminio).

c) El fortalecimiento del frente interno y externo en la "guerra total". Esta posición se manifestó tanto en la estructuración de una economía de guerra dentro del sistema de salud como en el desarrollo de un peritaje médico tendencioso, para superar la "desmoralización de la fuerza militar" en los soldados fuera de combate por razones de índole psicosomática.

En los países estudiados de América del Sur se puede destacar en el área médica las siguientes prácticas como relevantes para implementar la dominación totalitaria:

a) Participación en torturas que abarca, en una amplia gama de acciones, desde la observación profesional acompañante para evitar "complicaciones" hasta la implicación directa en el acto mismo, en base a conocimientos médicos.

b) Peritaje falso de causas de muerte en certificados de defunción y en certificados médicos sobre el estado de salud de los prisioneros, para encubrir maltratos físicos, utilizando la simple mentira o eufemismos.

c) Asistencia ginecológica a partos de mujeres –ya condenadas en secreto a muerte ("desaparecidas")– para que los recién nacidos fueran entregados, como "botín de guerra", en adopción a familias de oficiales o de partidarios del régimen que no tenían hijos y deseaban tenerlos.

Tanto los médicos de la Alemania de entonces como los de los países de América del Sur del pasado reciente –al ser proclive a tales prácticas en menoscabo de la condición humana– tienen en común una actitud de obediencia incondicional al poder totalitario y haber considerado a éste como punto de referencia inapelable en materia de ética médica; para lo cual no opusieron reparo alguno a la cosificación ilimitada de las víctimas. Una instancia exterior tal como la Segunda Guerra Mundial o "la guerra contra la subversión" sirvió aquí y allá como argumento de justificación a los médicos implicados.

## OPOSICIÓN DE MÉDICOS

En relación a la resistencia efectuada de parte de los médicos también se pueden establecer comparaciones.

En el período nazi hubo sobre todo actitudes de oposición individual, contra-

rias a un presunto "vacío de reacción", fomentado por la propaganda masiva, en los siguientes aspectos:

a) Negarse a participar en las investigaciones y/o actividades de "selección" y "exterminio" coordinadas centralmente. Esto exigía una toma de posición directa que, sin embargo, sólo rara vez fue castigada por el régimen.

b) Certificar diagnósticos equívocos o erróneos para evitar problemas al paciente. Esto expresaba una forma de proceder indirecta y debe haber existido posiblemente con más frecuencia de lo que hasta ahora se ha supuesto.

En los países de América del Sur en cuestión también tuvo lugar una oposición médica y ética de carácter individual, sin embargo, en la actividad opositora se destaca fundamentalmente el trabajo de información pública sobre torturas y otros desacatos del aparato estatal desde la plataforma de una cooperación ecuménica. Esta resistencia comenzó con el tratamiento expresamente dirigido a las víctimas de la tortura y sus parientes en el interior del país y en el extranjero y dio a conocer, en base a informe de casos, las violaciones a los derechos humanos llevadas a cabo por los militares y sus secuaces.

Así se pudo demostrar las diferentes formas de complicidad de especialistas de medicina y psicología en las prácticas del terror desde muy temprano y mantener despierta la atención de la opinión pública informada.

Para la reciente historia de esos países de América del Sur, aparecen como rasgos distintivos:

- el que hacia los delitos de lesa humanidad en el campo de la medicina se gestara una actitud de resistencia en plena dictadura y dentro del cuerpo médico mismo,
- el que la realización de sumarios y procesos en regla contra algunos profesionales implicados tuviera lugar desde las propias organizaciones médicas y condujera a un cuestionamiento sistemático de la participación de médicos en violaciones a los derechos humanos,
- el que en connotados casos se llegara a juicios ante la justicia ordinaria y
- que los sumarios y procesos al interior de las organizaciones médicas mantuvieran su vigencia normativa incluso tras el retorno a la democracia y contribuyeran así a afiatar el sentido crítico hacia una cultura de los derechos humanos y permitieran con conceptos de alta definición el enjuiciamiento social de ese tipo de delitos.

Estas actitudes opositoras de médicos bajo dominación totalitaria, en ambas épocas diacrónicamente comprensibles, tienen en común reconocer explícitamente el abuso de la medicina en sí y constituir protestas contra el absolutismo del aparato de poder.



## EL TRASFONDO IDEOLÓGICO

En el campo de fundamentación ideológica de delitos contra la ética médica, una comparación nos mostraría el siguiente cuadro.

En el Tercer Reich la medicina aparece como un pilar fundamental del sistema, en lo que prioritariamente se refería a:

a) Una "higiene social" basada en la "ciencia de la raza" que pretendía, en nombre del bien común, llegar a una depuración eugénica máxima, realizando esterilizaciones masivas y dando muerte a "existencias marginales".

b) Una actitud frente a experimentos con seres humanos fuertemente impregnada por los afanes de dominación nazi, que favoreció y ayudó a encubrir el abuso despiadado con prisioneros de cárceles regulares y de campos de concentración (prisioneros de guerra y miembros de minorías perseguidas). Esta concepción de la medicina confirió a algunos médicos una identidad como "soldados biológicos" y una función explícita en la "terapia mediante el genocidio"<sup>2</sup>.

Sobre esa base ideológica argumentó Himmler en su discurso sobre "Experimentos de calor animal con seres humanos", en octubre de 1942:

"La gente que hoy rechaza esos experimentos con seres humanos y que preferiría dejar morir a valientes soldados por efectos de congelación, es [a mi parecer] incluso culpable de alta traición y de traición a la patria y no vacilaré en dar los nombres de esos señores a las entidades que corresponda"<sup>3</sup>.

La ideología nazi, sobrecargada de resentimiento, darwinismo social y arrogancia racial, parece haber influido consecuentemente sobre muchos médicos para el exterminio de "seres de otra especie", al haberles concedido un papel de 'precursores' en la política de trascendental importancia llamada de "renovación nacional".

La participación de médicos en la dominación totalitaria, en los países de América del Sur estudiados, parece haberse dado sólo bajo el signo de la ayuda técnica para la represión. En los documentos y materiales hasta aquí consultados, no se puede reconocer ni una ideología global ni tampoco la realización sistemática de experimentos especiales con seres humanos. La colaboración con el aparato represor fue realizada en especial por médicos militares de baja graduación que — en un aparato militar jerárquicamente estructurado— como apenas detentaban posiciones de responsabilidad, poco se puede pensar en que hayan podido llevar adelante proyectos de investigación propios. En este contexto, es significativo que la actitud del ministro de Salud del Uruguay —médico y oficial— en vísperas del retorno a la democracia, parece haberse agotado en asegurar por decreto el retiro ordenado y prohibir cualquier declaración de médicos militares ante comisiones de juicios éticos. No es posible encontrar una integración programática de la inves-

tigación y enseñanza médica en los procesos de reorganización social, propugnados por los militares en los tres países.

## ESTADO DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE AMBAS ÉPOCAS

La labor de investigación sobre la medicina bajo el nazismo muestra, en concordancia con el parámetro tiempo de desarrollo, una considerable ventaja frente a los trabajos sobre la medicina bajo las dictaduras militares de los tres países estudiados de América del Sur.

En base a un supuesto parentesco en la naturaleza de ambas formas de dominación totalitaria, se puede postular que los nuevos conocimientos sobre la implicación de médicos en el Tercer Reich tienen una relevancia fundamental para este trabajo sobre ética médica en América del Sur.

La incorporación diacrónica de la historia de la medicina en el nazismo permite una comprensión más profunda de los sucesos de la medicina bajo las dictaduras militares, el que se puede comparar metafóricamente con el efecto de la cámara oscura en el microscopio de contraste fásico: en tanto que algunas formas de vida como, por ejemplo, el treponema pallidum sólo se puede reconocer obviando luz directa y en contraste con un fondo oscuro, parece ser que los delitos médicos no son factibles de reconocer y analizar a través de la pura perspectiva fenomenológica en su propia particularidad y sistematicidad (la atención del observador frecuentemente queda presa de los aspectos particulares). Los conocimientos disponibles sobre la actitud y actos de médicos durante el nazismo, conforman un trasfondo histórico que posibilita una percepción más minuciosa y precisa de lo que es factible en el área médica bajo dominación totalitaria.

Asimismo el ocuparse de la medicina bajo la dominación nazi ayuda a superar "el obstáculo epistemológico" (Bachelard) que surge de un poder totalitario en la fuerza inmanente de su potencial de destrucción e impide así en forma continua cualquier deslinde objetivante del observador, ya que "la reticencia a investigar sin miramientos todas las implicaciones del terror, es en sí misma un síntoma sublimado del terror" (L.Löwenthal).

Esta observación e interpretación, delineada diacrónicamente, de actos delictuales y formas de oposición de médicos en el contexto de dictadura y terror puede ser entendida como un intento de definición histórico-médica de la dominación totalitaria. En ella se investiga sobre las líneas de continuidad pero también sobre las diferencias determinantes en el campo de la ética médica entre el nazismo y las dictaduras militares de algunos países de América del Sur y se aspira a constatar lo general de lo especial en base a fuentes específicas.

Para las implicaciones de tal perspectiva es acertado recurrir a la metáfora



griega de la lucha entre Mnemosyne y Leteo. Mnemosyne se debía completamente a la vida, como diosa del recuerdo y madre de las musas (fundadoras de todas las artes) y era responsable ante los dioses como testigo y preservadora de "todo lo que ha sido, es y será". Leteo, por el contrario, era visto como patrón del olvido y como habitante de los paisajes de muerte, por lo que su ámbito de influencia concernía a borrar los rasgos de la memoria.

La lucha mítica entre Mnemosyne y Leteo tiene significado simbólico de actualidad también en América del Sur, ya que todavía hay una gran resistencia para aclarar el rol de la medicina durante las dictaduras militares y la transparencia ética en la práctica médica no constituye sobreentendido cultural alguno.

Por muy doloroso que resulte, una sólida actitud ética en medicina parece ser sólo posible de alcanzar a través de un esforzado trabajo de actualización y análisis de la propia historia.

#### Notas

1. Esta investigación no tenía la intención ni pudo comprobar, en médicos de América del Sur, la validez de la teoría planteada por Lifton (1988/1990) acerca de un presunto desarrollo de doble personalidad en médicos de Alemania nazi, responsables de crímenes de lesa humanidad. Si bien en América del Sur no hubo investigación médica de tendencias ideologizantes, se puede sin embargo definir actitudes similares en los médicos de estas dos épocas. En las entrevistas realizadas (véase sección empírica) a médicos pertinazmente adictos a la dictadura militar se pudo discernir grados serios de complicidad (p.ej.: en relativizar violaciones a los derechos humanos), sin embargo no se constató una virtual "escisión" entre función social y vida privada que Lifton denota como característica de los médicos trasgresores bajo el nazismo.
2. Ver: Lifton, 1988.
3. Ver: Brief an Rascher von H. Himmler am 24. Oktober 1942: Menschenversuche mit animalischer Wärme. En: W. Hofer (1957): Der Nationalsozialismus. Dokumente 1933-1945, p.114.

B. Investigación empírica sobre la situación  
existencial y la ética profesional de médicos bajo  
la dictadura en América del Sur



# I. MARCO TEÓRICO

## INTRODUCCIÓN

Esta investigación transcultural sobre tres regímenes totalitarios de Sudamérica y sus repercusiones en la situación existencial de los médicos y en sus decisiones ético-médicas fue iniciado en la segunda mitad de los años 80. En esa época, el área de interrelación entre derechos humanos y ética médica comenzaba apenas a ser objeto de un análisis científico que fuera más allá de las denuncias directas y con prueba al canto de crímenes contra la humanidad en ropaje médico.<sup>1</sup>

Ya a comienzos de los años 80 se habían constituido en los tres países estudiados algunas iniciativas particulares en el área médica y psicoterapéutica,<sup>2</sup> que atribuían gran importancia a la documentación fáctica de hechos acaecidos durante las dictaduras. Por otra parte, prestigiosos institutos de investigación de Bélgica, Dinamarca, Francia y los Estados Unidos<sup>3</sup> emprendieron esfuerzos dirigidos a presentar a la comunidad científica las consecuencias de la tortura para los afectados,<sup>4</sup> mas también la participación de médicos en violaciones a los derechos humanos.<sup>5</sup>

En base a un intercambio académico de casi una década con colegas de Europa y América Latina, para los cuales el tema de los derechos humanos ha devenido punto central de sus actividades, fue tomando forma el diseño de este proyecto de investigación. Durante estos preparativos se hizo progresivamente manifiesto que tan solo una investigación de índole cualitativa sobre la vida de los médicos bajo regímenes totalitarios, así como sobre las implicaciones de esa época para la ética médica, podría brindar nuevos conocimientos; asimismo, que el empleo preferencial de métodos inductivos de orientación antropológica era útil para ese propósito y que contribuiría a la comprensión de la época y sus actores.

Entre 1990 y 1992 se realizaron actividades previas de documentación tanto en el marco del simposio anual "Cultura y situación psicosocial en América Latina", en la Facultad de Medicina de la Universidad de Hamburgo, como por mediación del investigador asistente E. La Mura, quien a finales de 1991 reunió textos y materiales en los tres países del estudio.

Entre el último trimestre de 1992 y comienzos de 1993 desarrollamos<sup>6</sup> una investigación de campo en Argentina, Chile y Uruguay, la que estuvo dedicada a la

obtención de informaciones directas de testigos históricos de la época (entrevistas con médicos) y de material de apoyo complementario acerca del tema (documentos y literatura). Posteriormente iniciamos en Hamburgo el procesamiento de los resultados de la investigación de campo, lo que condujo a una nueva indagación entre los médicos entrevistados, esta vez en la forma de un cuestionario elaborado a base de las declaraciones de las entrevistas.

## 1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTUDIO

Esta investigación sobre las repercusiones del régimen totalitario en la vida de los médicos y en sus criterios ético-profesionales, inmediatamente tras el fin de una época de despotismo, no tiene antecedentes en la literatura científica.

En su oportunidad, la observación y documentación del "Proceso contra médicos en Nuremberg", realizada por Mitscherlich y Mielke, permitió que en 1947 surgiera una crónica estremecedora sobre el uso impropio de la medicina bajo el nazismo; dicha crónica es insuperable en el rigor y precisión del tratamiento que da a los materiales del proceso. Sin embargo, estos relatores al parecer no tuvieron oportunidad de entrar en contacto directo con los acusados, durante o después del proceso. Algo similar debió ocurrir con los observadores médicos que a finales de 1949 asistieron al proceso judicial contra médicos japoneses acusados de preparar armas bacteriológicas y de haberlas usado con presidiarios chinos.<sup>7</sup>

Por su parte, las entrevistas pioneras de Lifton (psiquiatra estadounidense vinculado a la época del nacionalsocialismo a través de la cultura judía) con médicos nazis y sobrevivientes del Shoa tuvieron lugar con un cierto retardo cronológico<sup>8</sup>. Así también, el análisis científico del rol de la medicina bajo el Tercer Reich tomó cuerpo apenas a finales de los años 60 en la entonces Alemania dividida y ha tenido lugar fundamentalmente en el sentido de una tematización y evaluación histórica.

Sin embargo, en los últimos tiempos se puede observar un mayor grado de sensibilización de las organizaciones médicas con respecto al plano tangente de los derechos humanos y la ética profesional, el que ya en 1986 condujo a una "Working Party" de la *British Medical Association*<sup>9</sup> en Londres, y luego en 1989 en París, a la Conferencia Internacional «Medicine at risk: the health professional as abuser and victim».<sup>10</sup> La última documentación sobre la esfera de conflicto entre la gestión médica y los derechos humanos, así como sobre las posibles intervenciones jurídicas, fue realizado por la *British Medical Association* en 1992.<sup>11</sup> Estas actividades tienen en común la búsqueda de criterios unitarios para definir las violaciones de derechos humanos cometidas por médicos o contra médicos y fomentar una posición jurídica frente a ellas. La iniciativa de crear un tribunal internacional para el tratamiento público de esas contravenciones parece ganar cada vez mayor reconocimiento y difusión.<sup>12</sup>



El presente estudio se remite expresamente a esos trabajos fundamentales. Sin embargo, de la literatura científica no conocemos ningún estudio empírico sobre médicos –condiciones existenciales y de ética profesional– en su relación con regímenes totalitarios.

Como ya manifestado, nuestro interés se centra en la interrelación de dos temas fundamentales y epistemológicamente importantes en la era postdictatorial: los derechos humanos y la ética médica.<sup>13</sup> En la parte documental se analizó tanto la situación de los derechos humanos en los tres países como la relación entre medicina y derechos humanos bajo el régimen nazi y bajo las dictaduras militares sudamericanas; ahora, iniciamos esta sección recapitulando el estado actual de la ética médica en Alemania, los Estados Unidos y Sudamérica para, de esa manera, destacar posibles rasgos comunes y diferencias substanciales.

La ética médica es una disciplina reciente que se ocupa de evaluar las consecuencias de la tecnología y del traspaso de límites morales en todas las esferas de la acción y la actividad médicas. En la **República Federal de Alemania** comenzó a tomar una forma independiente recién a mediados de los años 80, para lo cual fue decisiva la actividad particular de pequeños grupos de trabajo y de algunos docentes, en un esfuerzo por lograr una tematización expresa de momentos frágiles de ética en investigación y práctica médica actuales, para promover así una sensibilización hacia esa esfera de conflicto en los niveles académico y político. Ese trabajo desembocó en 1986 a una apelación “del Ministro de Sanidad y los senadores de los estados federales a las comisiones de facultades médicas, las escuelas y facultades de medicina, así como a los colegios médicos, para que utilizaran su influencia a fin de que las cuestiones de la ética médica encontraran un mayor acceso y atención en la oferta pedagógica en general y en los cursos de perfeccionamiento y especialización”.<sup>14</sup> Con la creación de la Academia para la Ética Médica, en 1986, se creó una plataforma para labores interdisciplinarias consideradas como indispensables. La revista «Ethik in der Medizin», surgida de allí, comenzó su labor editorial en 1989. Desde 1993 aparece en idioma alemán la revista de confesión religiosa «Zeitschrift für Medizinische Ethik», sucesora de «Arzt und Christ», que desde 1954 trató cuestiones de principio ético-médicas.

Un trabajo de divulgación sobresaliente es el que ha realizado hasta ahora el Centro para Ética Médica de Bochum; en forma de cuadernos de trabajo se examinan sobre todo aspectos ético-médicos y jurídicos de la interacción médico-paciente y se ponen a disposición de los interesados.<sup>15</sup>

Una mirada a las publicaciones en Alemania hasta ahora da la impresión de que la ética médica se ha consagrado preferentemente a la didáctica y a la discusión teórica. Al mismo tiempo hay que destacar especialmente que el carácter interdisciplinario en las filas de este círculo profesional no se ha quedado en una mera aspiración, pues representantes de muchas disciplinas científicas y humanis-

tas han tratado los temas pertinentes. Debe destacarse el ingente esfuerzo intelectual y organizativo que significó la reciente conferencia sobre la relevancia actual de los códigos de ética, tras 50 años de vigencia del código de Nuremberg<sup>16</sup>

Recientemente F. J. Illhardt, esquematizó las principales esferas de problemas éticos en la medicina como asentadas en la demanda propedéutica para contribuir a: a) la formación de consenso en cuestiones éticas referentes a la técnica médica y a la formación y el perfeccionamiento profesionales; b) nuevas formas diferenciadas en los procesos de decisión; c) la identificación de nuevos desafíos prácticos en el desarrollo de la Medicina y d) la percepción de experiencias contrastantes en la práctica médica.<sup>17</sup>

Incluyendo el trabajo de Heisler y Seidler (1987) en el que se examinaba la situación del desarrollo de la ética médica por medio de encuestas, hasta ahora sólo se han publicado pocos estudios empíricos sobre temas de ética médica.<sup>18</sup> Se podría postular que hasta 1995 la ética médica en Alemania ha tenido un desarrollo estrictamente discursivo. Si bien se ha realizado un trabajo deductivo básico en la valoración de las consecuencias de la tecnología en la medicina y sobre los consiguientes cambios en las fronteras del mundo médico; es preciso observar que frente al «factor humano» se ha comenzado apenas con labores de determinación empírica de actitudes, formas de acción y motivaciones del personal médico.<sup>19</sup>

En los **Estados Unidos** desde 1983 la ética médica forma parte constitutiva en el currículo de los candidatos a especialistas en medicina interna.<sup>20</sup> Desde finales de los años 60 y principios de los 70 existen institutos especiales de investigación como el *Hasting Center* de Nueva York y el *Kennedy Institute of Ethics* en Washington, dedicados a la investigación básica y el trabajo de publicación sobre ética en Medicina y sus implicaciones en la sociedad. La literatura en inglés documenta una rica tradición de tratamiento de temas de ética médica a través de métodos de las ciencias sociales (pesquisas en base a cuestionarios, estudios de catamnesis, entrevistas standard a determinados profesionales) que aspiran a una determinación de las actitudes de los médicos frente a situaciones conflictivas de la ética médica en el presente (por ejemplo, secreto profesional, tratamiento de pacientes con SIDA, eutanasia, trato con representantes de laboratorios farmacéuticos, consulta genética, tratamientos con placebos,<sup>21</sup> etc.). Al igual que en la República Federal de Alemania, la enseñanza y la didáctica de la ética médica<sup>22</sup> ocupa un lugar especial en la literatura especializada de habla inglesa. Los autores que comentamos aquí manifiestan en forma autocrítica: considerando que las investigaciones sobre ética médica aspiran a abarcar estructuras extraordinariamente complejas de juicios de índole normativa y de actividad profesional en la vida cotidiana e individual, se hace imprescindible incentivar a futuro métodos de investigación cualitativos (observación participativa, entrevistas



semiestructuradas, etc.), para colocar en su punto focal las opiniones en desarrollo de pacientes y personal médico. Igualmente se considera que son urgentemente necesarios estudios validatorios en otros ámbitos culturales sobre actitudes ético-profesional del personal médico.<sup>23</sup>

En los países de Sudamérica, como **Argentina, Chile y Uruguay**, la situación de la ética médica manifiesta un alto grado de complejidad y está representada en la actualidad en forma paralela por tres corrientes principales: a) una dimensión bioética, pues la evaluación de las consecuencias de la tecnología y del desplazamiento de las fronteras de la medicina (trasplantes de órganos, biotecnologías, reproducción humana) también ocupa aquí una posición importante; b) una dimensión médico-social, pues hoy como ayer en una parte importante de la población la pobreza cobra su tributo en violencia estructural a través de enfermedades y de una atención médica inaccesible para muchos<sup>24</sup> y c) una dimensión de derechos humanos, pues la época de las dictaduras militares mantiene un efecto latente y las consecuencias directas de la violencia organizada en los individuos y la sociedad se manifiestan sólo lentamente.<sup>25</sup> Esas tres dimensiones están enclavadas en estructuras autónomas: la participación en la discusión internacional sobre bioética es realizada, entre otros, por institutos como la «Fundación J. M. Mainetti para el Progreso de la Medicina», en La Plata, Argentina, y sus órganos de publicación.<sup>26</sup> La investigación y planificación consagrada a la medicina social, de larga tradición en Sudamérica, fue retomada en las universidades de Argentina, Chile y Uruguay tras el retorno a la democracia<sup>27</sup> y, como ya se ha mencionado, la dimensión de los derechos humanos ha encontrado un acceso reconocido a las revistas médicas especializadas.<sup>28</sup> Estos tres niveles de gestión en ética médica en Sudamérica parecen poco congeniables entre sí. Si bien la medicina vive actualmente un verdadero auge de la deontología (la ética como doctrina de los deberes), tanto en el campo académico como en el profesional (en 1992 se publicaron simultáneamente en Uruguay dos tomos sobre normas, códigos y aclaraciones médicas para estudiantes y profesionales), hasta ahora, sin embargo, ninguna instancia académica de los países del estudio se ha visto en condiciones de iniciar una síntesis de esas tres vías de conocimiento de la ética médica. Es de suponer que los sucesos ocurridos durante las dictaduras militares hicieron surgir una sensibilidad muy afiada frente a la fragilidad ética del quehacer médico, pero también que los temores propios del estado de excepción mantienen su efecto hasta hoy incluso entre representantes de opiniones sólo un poco diferentes en lo relativo a la ética médica en el concierto social.

## 2. CONSIDERACIONES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS

### a) *Relativo a las bases teóricas*

Se formulará en primer lugar consideraciones programáticas sobre:

- la relevancia de la opinión de los médicos entrevistados acerca de la vida bajo el régimen totalitario y
- los elementos de juicio ético básicos para este estudio.

**Médicos como actores sociales:** Durante esta pesquisa, se interrogó a los médicos sobre experiencias e interpretaciones desde la perspectiva de su propia situación existencial. Destacando el interés de comprender a las personas como participantes directos en los sucesos sociales concordamos con la afirmación de Gramsci:

“Cada hombre... despliega una cierta actividad intelectual, o sea, es un “filósofo”, un artista, un hombre de buen gusto, participa de una concepción del mundo, tiene una línea de conducta moral, y por eso contribuye a sostener o modificar una concepción del mundo y a suscitar un nuevo modo de pensar.”<sup>29</sup>

Médicos, maestros y sacerdotes son considerados como líderes formales en la sociedad civil. Además de contar con una posición especial de respeto, se les atribuye a ellos funciones singulares en el trato social y cultural en su comunidad. Las consideraciones de Gramsci destacan el valor de cómo se constituye la opinión personal y la visión del mundo, en tanto que el proceso filosófico de cuestionar y comprender es definido en el ámbito de lo cotidiano. Así se puede asegurar que los puntos de vista de un médico cuentan con atributos de autoridad social y resulta valioso dirigir preguntas relativas a la historia reciente a miembro de este grupo profesional. Si bien en las entrevistas fueron tratados especialmente temas propios de la profesión, se las definió y trató explícitamente como relacionadas con el contexto histórico y social respectivo.

**Conceptualización de la ética profesional:** Enfrentados a una verdadera avalancha de neologismos (ética del consumidor, ética de los medios de comunicación, ética del medio ambiente etc.) y acosados por múltiples interpretaciones en torno a la ética, pareció provechoso para este trabajo atenerse a la distinción propuesta por Max Weber entre ética de convicción y ética de responsabilidad.<sup>30</sup> Con ello se propone delimitar la diferencia básica entre una actitud de decisión heterónoma y de decisión autónoma en situaciones claramente definidas.

Para una *ética de convicción* se debe considerar una base de creencias y convicciones que concita a los actuantes a tomar decisiones que –para los individuos y grupos de referencia actuantes– son transcendentales, en tanto que fundamentadas en principios concebidos como irreductibles. En el transcurso de situaciones conflictivas se refleja esto en un seguimiento no reflexivo –incluso ciego– de crite-



rios de autoridad y en formas de ideologización y/o de negación de contenidos específicos.

Por el contrario para una *ética de responsabilidad* se debe partir de una base argumentativa, que motiva en los implicados una toma de decisiones que –para los individuos y grupos de referencia actuantes– son fundamentadas por líneas de pensamiento reflexivo y comunicable. Ellas surgen de experiencias propias y se basan en principios de conocimiento y aceptación general, enfocadas a una interacción de discurso abierto. Frente a situaciones de conflicto ético se abre aquí una vía de deliberación argumentativa en la cual se delimitan posiciones alternativas de decisión.

Así, mientras que en la ética de convicción se invoca idealmente a una instancia externa de autoridad y/o trascendente para resolver la toma de decisión ante el problema ético profesional específico; en la ética de responsabilidad se tiende a considerar las instancias normativas de la disciplina y del deber individual desde una perspectiva crítica y delimitar claramente la cuestión de “quién es responsable y para qué”.

Con este recurso de distinción semántica deseamos hacer del proceso de decisión ético un acto humano más y como tal interpretable en sí mismo y en sus implicaciones. Nos proponemos así desmitificar la relación entre teoría y praxis en la ética como gestión social y cultural, bajarla de su pedestal metafísico y superar aquellos argumentos a priori que la alejan de nuestro raciocinio regular cotidiano.

En este contexto, los elementos de la discusión siguiente no pretenden ser unívocos y contundentes, sino a través de su pluralidad crear bases de una transparencia argumentativa. En la interacción entre libro y lector; nos proponemos así cultivar ese don humano y privilegio cultural de las sociedades democráticas llamado opinión propia.

#### **Plataforma metodológica general**

La investigación aborda un tema de alta sensibilidad social: los médicos como testigos de la dominación totalitaria en América del Sur y no dispone de experiencias similares previas, de las cuales obtener referencias y lecciones. En base a ésto, la elección de una metodología básicamente cualitativa fue motivada por el interés básico de captar y comprender la consecuencias de ésa época en términos éticos y existenciales desde la perspectiva de los médicos participantes.

Este subcapítulo ha de permitir al lector acceder al proceso de investigación en las tres etapas subsecuentes, nos proponemos así que él tome conocimiento paso a paso de la preparación, el desarrollo y la evaluación de la investigación de campo, de modo que el lector pueda participar como instancia crítica en el análisis de los resultados obtenidos.

De partida se formularán las suposiciones, hipótesis y cuestiones centrales de este estudio, para luego dar curso a los aspectos metodológicos pertinentes.

**Los presupuestos teóricos de la investigación:** el análisis sistemático de materiales y documentos relativos a las condiciones de vida bajo los gobiernos de fuerza y a dilatadas discusiones en las diversas áreas de interacción profesional y académica condujeron a las siguientes suposiciones:

- La dictadura militar ha influido profundamente en todos los ámbitos de las sociedades respectivas.
- Los efectos psicológicos del terrorismo de Estado en los afectados sólo pueden ser apreciados en su dimensión personal.
- La comprensión de la relación entre ética profesional y derechos humanos está vinculada a la autopercepción de los actores en la sociedad respectiva.

**Las hipótesis:** La fase de orientación y estudio permitió generar tres hipótesis de trabajo –de amplia definición– como adecuadas para la situación a investigarse, en tanto que ellas abren amplios horizontes para realizar observaciones en el trabajo de campo:

- La intervención militar significó un corte existencial para los médicos participantes. Cada quien fue afectado por ella personalmente y obligado a adecuar su “proyecto de vida” a los acontecimientos de la época.
- Las violaciones de los derechos humanos (incluso por parte de médicos) durante las respectivas dictaduras militares eran de conocimiento general y hoy en día –en oposición a lo ocurrido tras la época nazi en Alemania– no constituyen objeto de negación oscurantista o de tabú cognocitivo.
- La conciencia moral-profesional de los médicos entrevistados concuerda con su autodefinición social frente a la historia reciente. Por lo tanto existe una correlación entre la percepción personal de situaciones de conflicto en ética médica y la actitud que se toma al respecto, según el trasfondo biográfico de cada uno de los médicos participantes.

**Las áreas temáticas:** Cuatro preguntas surgieron como básicas para la consideración circunstancial de los médicos en su situación existencial y de constitución de criterio ético:

- ¿Cómo era la vida cotidiana y la práctica de la profesión médica durante esa época?
- ¿Qué se sabía de la participación de médicos en violaciones de los derechos humanos, por ejemplo, en la tortura?
- ¿Cuál es la actitud actual de los médicos frente a tales actos?
- ¿Existe alguna relación entre la sensibilidad hacia problemas de ética profesional y la experiencia de vida que se adquirió bajo condiciones de régimen totalitario?

**Elección de métodos:** El interés principal de este estudio se centró en la situa-



ción existencial de los médicos durante los regímenes totalitarios. Los profesionales de la medicina fueron considerados como actores bajo un estado de excepción permanente y debían exponer su propia percepción de ese período y de las consecuencias personales correspondientes.<sup>31</sup> En base a estas consideraciones se dio preferencia a una metodología cualitativa que permitiera una aproximación progresiva a la situación local y a sus intérpretes

**El terreno de operaciones:** El enfoque se centró en el ámbito de la praxis médica en los tres países del Cono Sur. En la gestión concreta tuvieron posiciones claves los consejeros<sup>32</sup>, los informantes<sup>33</sup> y los encuestados<sup>34</sup>; informaciones complementarias se obtuvo a través de observaciones en los lugares de trabajo y de vivienda de los entrevistados.

**Vías de evaluación:** Tanto las entrevistas cualitativas y como la observación participante son métodos reconstructivos que permiten un acceso a los procesos secundarios de constitución de sentido en los sujetos de la investigación.<sup>35</sup> En base a ello se desarrollaron los siguientes niveles de abstracción para la preparación y el análisis del material de datos de la investigación de campo:

- **La presentación y evaluación cualitativa de las entrevistas semiestructuradas;** en la que se documenta y sistematiza las principales líneas argumentativas de los médicos entrevistados al tratar los diversos temas de la interacción entre regímenes totalitarios y medicina, en relación a su propia posición y experiencias. Una recepción estructurante, tras cada pregunta en particular, da inicio al análisis cualitativo de las respuestas y conduce al fin del capítulo, y en un nivel de abstracción superior, a una síntesis del análisis cualitativo en torno a cinco aseveraciones, producto de esta primera gestión hermenéutica.
- **La evaluación cuantitativa de un cuestionario con respuestas prototípicas;** en la que constituyen tres grupos de acuerdo a las diversas posiciones frente al gobierno militar ("Pro", "Neutral" y "Oposición") y se da curso a una correlación numérica de las respuestas en relación a los cinco complejos temáticos, para a continuación, también proceder a una síntesis del análisis cuantitativo destacando nueve consideraciones discursivas y específicas de esta evaluación.
- **La evaluación general del bloque empírico;** en la cual se desarrolla una revisión de los aspectos centrales de la interrelación entre derechos humanos y ética profesional en América del Sur (ver sección documental), se conjugan los resultados cualitativos y cuantitativos del estudio en su expresión más condensada y se efectúa una discusión global, tanto de las líneas de argumentación en las entrevistas con respecto a los nuevos desafíos de la ética médica, como de las actitudes constatadas en relación a las circunstancias de la dictadura. Culminan esta evaluación global las notas metodológicas y teóricas para el estudio de la ética profesional en tiempos de crisis.

**Propósitos:** La investigación de campo busca conocer la dimensión subjetiva de los médicos participantes (adaptación pasiva, abstención simbólica o negación y protesta) en la interacción de regímenes totalitarios y medicina en los tres países. Se postula como posible asociar la forma de sensibilidad actual de médicos frente a aspectos conflictivos de la ética médica, tal son los trasplantes de órganos, las modificaciones genéticas, las pruebas clínicas de nuevos medicamentos etc., con las experiencias históricas e individuales que ellos han realizado durante la época anterior.

### *b) Fase de preparación*

En la primera fase de la investigación fue necesario incidir en el trato teórico y conceptual del tema, lo que condujo a una serie de estudios y publicaciones.<sup>36</sup> Previa a la estadía de campo hubo labores en terreno durante los veranos de 1989 y 1990, dedicadas a iniciar la discusión con los futuros colaboradores locales y compilar informaciones específicas.

En el trabajo teórico se alcanzó un buen nivel de interdisciplinariedad gracias a la relación académica con miembros de la Comisión Internacional de Profesionales de la Salud (ICHP/CINPROS, organización consejera de la OMS, OIT y ONU sobre Derechos Humanos y salud) de Ginebra y con colaboradores de la Sociedad para la promoción de Salud y Derechos Humanos, Utrecht/Holanda. Se gestó así una plataforma de discusión sobre el proyecto de investigación con representantes de las ciencias sociales y naturales (biólogos y químicos, p.ej.), médicos, psicoanalistas y teólogos de estas organizaciones, que trabajan en el ámbito de los derechos humanos en sus múltiples intersecciones y disponen de una ingente información aplicada sobre la temática.<sup>37</sup> En cooperación con estas organizaciones se realizó una serie de conferencias internacionales, lo que como efecto secundario condujo a facilitar las gestiones preparatorias de la investigación.<sup>38</sup>

Hubo un fuerte apoyo a esta labor de preparación de parte de los participantes sudamericanos al simposio anual "Cultura y situación psicosocial en América Latina" realizado entre 1987 y 1993 en el ámbito de la Universidad de Hamburgo; en tanto que ellos acogieron nuestra petición de recabar en cada país materiales básicos así como trabajos originales sobre el tema.

E. La Mura tomó la responsabilidad de sistematizar esta creciente documentación en un banco de datos sobre "Derechos humanos y salud mental en América Latina"<sup>39</sup> gracias a una subvención especial de 1991 a 1993. Fue posible también para E. La Mura realizar una gira por los tres países del estudio para afinar detalles y culminar la recolección de materiales.



c) *La importancia de las premisas teóricas:*

"If we wanted home truths, we should have stayed at home"<sup>40</sup>  
(Para verdades caseras nos deberíamos haber quedado en casa)

En una investigación de campo basada en una metodología cualitativa, tanto más basada en historia oral<sup>41</sup> es imprescindible hacer explícitas tanto las conjeturas teóricas como las hipótesis generativas del investigador. Ellas constituyen, por una parte, su propia forma de adentrarse y comprender el área de investigación y son desarrolladas consecutivamente por él, por otra, ellas influyen sobre su perspectiva de búsqueda, además de condicionar como marco de referencias las circunstancias de la investigación de campo.

Realizamos un procesamiento sistemático de teoría, informaciones y materiales específicos durante casi un año. En el transcurso de esa preparación teórica elaboramos tres premisas orientadoras relacionadas al contexto histórico-social, a la situación psíquica de los actores y a la dimensión cultural de la ética médica.

De partida, para abordar el contexto histórico-social nos resultó provechoso considerar la situación en los tres países en base al concepto de "dominación totalitaria" de H. Arendt,<sup>42</sup> por cuanto nos permitió abstraer en forma teórica el sistema global, fundado en un propósito de hegemonía, de los participantes y/o afectados. Así fue posible considerar los efectos del régimen militar en las tres sociedades con una cierta distancia y en contraste con experiencias históricas ya decantadas. En el trato con los médicos a entrevistar nos ayudó este recurso teórico a zanjar la cuestión central de grados de responsabilidad directa —evidente muchas veces— de las personas encuestadas en actividades de lesa humanidad, como un aspecto que pertenecía al contexto de la investigación de campo.<sup>43</sup>

Luego y para apreciar los efectos de la dictadura en la constitución psíquica de los actores, se mostró como ventajoso el concepto de salud mental<sup>44</sup> en su carácter dinámico y no reduccionista. Por salud mental se entiende aquí la capacidad de individuos y grupos sociales para soportar a largo plazo situaciones y relaciones conflictivas, dirigir sus esfuerzos a la superación constructiva de tales condiciones e integrar esos conflictos en su conciencia individual y social. Entendida de esa manera, la salud mental se constituyó en una dimensión conceptual de gran ayuda, ya que nos ofrecía un marco de referencia fenomenológico —antes que una instancia explicativa— para la intensidad, a veces superior a cualquier fantasía, de las abrumadoras vivencias de los actores bajo el régimen de fuerza, facilitándonos así un horizonte de mayor amplitud para la observación participante.

Por último, el abordaje antropológico de la dimensión ética como una gestión cultural de los involucrados, es decir, considerar la manifestación de opiniones propias en relación a la percepción que las personas tengan de sí mismas en las

sociedades respectivas, nos permitió atenernos menos a postulados de validez general y a aspectos normativos de la ética médica y dedicarnos a la argumentación específica de cada quién. Así pudimos mantener una actitud de atención expedita durante las entrevistas y superar barreras de índole personal en el tratamiento de cuestiones consideradas como conflictivas en la intersección de ética médica con derechos humanos.<sup>45</sup>

#### *d) El transcurso de la investigación de campo: aspectos metodológicos*

En base a un texto de presentación informamos a los colaboradores locales *in extensi* acerca de los fundamentos teóricos y propósitos científicos de la investigación. Se pudo iniciar una actividad de comunicación regular, en la cual se afiató el curso previsto de las labores de campo. Tras nuestra llegada a cada país contactamos en primer lugar a los consejeros para culminar el proceso de información acerca de la investigación en ciernes, afinar detalles de la cooperación acordada y preparar el **ingreso a terreno**<sup>46</sup>.

La investigación de campo tuvo lugar en Argentina, Chile y Uruguay entre octubre de 1992 y enero de 1993. A excepción de las fiestas de Navidad y Año Nuevo, esta época se considera como período de labores regular en la región y los interlocutores eran accesibles. Durante ese lapso nos fue posible entrevistar a cuarenta y ocho médicos sobre sus experiencias durante la dictadura militar e interrogarlos sobre su posición en temas de ética médica.

**La constelación de preguntas:** En conocimiento de que la investigación aborda temas de alta conmoción emocional y de que actualmente en Sudamérica es poco usual su trato en una conversación entre extraños, nos propusimos ser económicos en la compilación de datos durante la investigación principal.<sup>47</sup> Para ello se dio énfasis, por un lado, al desarrollo sistemático de las preguntas y a la identificación de los interlocutores apropiados para las entrevistas y por otro, a la interacción personal del encuestado y del autor durante la entrevista misma.

Renunciar a modos comunes de recopilación de datos, como cuestionarios de selección múltiple, esquemas de observación, etc., demostró tener ventajas desde dos puntos de vista: por un lado hizo posible una verdadera pesquisa dentro de diferentes biografías y posiciones, sin estructuras excluyentes de pensamiento y acción, y por otro, fue posible acceder a una interacción directa con el interlocutor, en cada encuentro en particular, ganando así una forma de relación personal de mutua satisfacción, con visos de ser retomada y profundizada, pues los entrevistados parecían obtener de ella además un beneficio personal

**El rol del investigador:** En su contacto con informantes y encuestados se reconoció el investigador como médico, originario de América del Sur pero residente por casi dos décadas en Alemania Federal. Si bien el autor creció en el área geográfi-



ca de la investigación<sup>48</sup> y por lo tanto debía tener un conocimiento general de las circunstancias a investigar; no está familiarizado con los usos y costumbres actuales por lo que se describiría a sí mismo como un observador externo y, en muchas situaciones, más bien cauteloso. El proyecto en sí fue descrito a grandes rasgos como una investigación antropológica social sobre ética médica en América del sur.

Los criterios para la **elección de los médicos a entrevistar** ya había sido un tema de candente interés en el círculo de los colaboradores internacionales y de los consejeros locales. De estas discusiones cristalizó paulatinamente la decisión de considerar como participantes adecuados a médicos que la mayor parte de la época dictatorial hubieran permanecido en los tres países. A continuación fue posible elaborar otros aspectos de definición, relacionados con la técnica socialantropológica del "*theoretical sampling*"<sup>49</sup>, se realizó así una selección de los virtuales encuestados en relación a su posición y sus actividades como actor de la historia reciente, que decantó en tres categorías: „Pro“, „Neutral“ y „Oposición“.

El grupo de "Jóvenes", los que obtuvieron su título como médicos en torno al fin o después de la dictadura, también entrevistado, no pertenece a este criterio de selección de médicos implicados en la historia reciente de los tres países. Sin embargo, aunque no sea este grupo en absoluto homogéneo, sus opiniones tiene valor biográfico individual y son consideradas en la primera etapa de evaluación cualitativa.

El vehículo metodológico central para la obtención de informaciones en la investigación de campo lo constituyó una entrevista<sup>50</sup> socialantropológica concebida para médicos tras una situación excepcional. Para ello se creó un cuestionario guía<sup>51</sup>, el que debía reunir las condiciones de combinar una interacción temática sobre ética profesional y un enfoque sistemático<sup>52</sup> de aspectos existenciales en los encuestados.

Durante la entrevista y en términos de contenido, debía alternarse con los entrevistados un nivel de conversación entre expertos de ética (para elaborar informaciones relativas a la práctica médica) y un nivel de relación acerca de la propia biografía y el grado de implicación personal en los tiempos de la dictadura militar. El acceso a conceptos claves existenciales y de ética profesional debía tener lugar de manera expedita, de modo que ellos generasen un relato fluido y permitiesen manifestaciones directas de los entrevistados.<sup>53</sup>

El método de observación participante<sup>54</sup> se incluyó como complemento de las entrevistas semiestructuradas en la investigación de campo, de modo que fuera posible recurrir a informaciones adicionales sobre las condiciones específicas de cada entrevista en sí.<sup>55</sup>

La **documentación de datos** y para el interés de conocimiento de esta investigación era básica la expresión verbal directa de los médicos entrevistados. El uso de un grabador de casetes se manifestó como adecuado para la entrevista —en el

sentido de facilitar una continua interacción— y el seguimiento de una bitácora de campo como complementaria.<sup>56</sup>

**Consideraciones previas del investigador:** Se supuso que el grupo de médicos a investigar mostraría características comunes (socialización profesional, estatus social y perspectivas de carrera), pero que en virtud del devenir personal en la situación histórico-social en sí diferiría mucho a nivel individual. Era así necesario plasmar en preguntas directas los temas a tratar durante las entrevistas, de tal modo que fueran claramente comprensibles para todos y que pudieran ser respondidos en base a las vivencias y opiniones éticas de cada quién.

**Características del arsenal de preguntas:** En primer lugar, esas preguntas debían testimoniar una escasa parcialidad del entrevistador. Incluso cuando las preguntas revelaban en sí mismas un claro interés cognoscitivo, los interlocutores debían sentirse seguros de que su opinión personal era requerida seria y sinceramente y no para demostrar apreciaciones preconcebidas:

“El carácter abierto de lo preguntado depende de no determinar la respuesta. Lo preguntado debe mantenerse en compás de espera para generar el juicio comprobante y decisivo. Dar curso a lo preguntado así, en su cuestionamiento propio, constituye el sentido de interrogar. Hay que crear un suspenso, para que las virtuales posiciones contrarias se equilibren entre sí. Toda pregunta completa su sentido en el tránsito por ese suspenso, en el cual se convierte en una pregunta abierta. Toda pregunta auténtica pretende ese carácter franco”.<sup>57</sup>

Conociendo que los tres países tienen rasgos sociales e históricos comunes: idioma, estructura social similar, condiciones económicas comparables; pero que igualmente poseen fuertes diferencias locales, se puso énfasis en un lenguaje conciso e inequívoco al entrevistar; así al preguntar era importante superar el riesgo de diferentes posibilidades de interpretación por parte de los interlocutores entrevistados:

“El preguntar presupone apertura pero al mismo tiempo una limitación. Implica el establecimiento explícito de las condiciones, que son fijas y de las que surge lo incierto, lo que todavía está en suspenso”.<sup>58</sup>

Conforme a estos criterios, se desarrolló un cuestionario guía de entrevistas, el que se aplicó sin variaciones de contenido en todas las entrevistas durante la investigación de campo en los tres países.<sup>59</sup> Las preguntas de este cuestionario se presentan más abajo en la evaluación cualitativa.

El cuestionario básico constaba de cinco bloques temáticos:

- I. presentación personal del entrevistado;
- II. toma de posición en base a experiencias propias acerca de: a) violencia en la vida cotidiana y b) la fase social histórica del gobierno militar;



- III. apreciaciones personales sobre momentos de conflicto ético-médicos (así por ej. intervención genética, trasplante de órganos);
- IV. toma de posición frente al trato social a) con la víctimas de la dictadura y b) con posibles desacatos en ética médica y
- V. puesta en escena de cinco situaciones de riesgo ético profesional con una toma de posición frente a ella y una fundamentación argumentativa propia.

Aun cuando a posteriori se aprecia una conducta muy cooperativa en los interlocutores, al formular las preguntas hubo especial cuidado en la estructuración semántica de la entrevista. A través de frases claves para abrir contextos temáticos debía iniciarse un diálogo con espacio amplio para la opinión directa del entrevistado:

“La productividad mayéutica del diálogo socrático, su arte de partera de la palabra, se refiere a las personas humanas –interlocutores de la conversación– pero por lo demás se atiene únicamente a las opiniones que éstos emiten y cuya consecuencia objetiva inmanente se revela durante la conversación”.<sup>60</sup>

A este respecto fueron importantes algunas conversaciones previas con amigos y conocidos (informantes) de los tres países, las cuales permitieron al investigador probar la validez de los “temas generativos” considerados:

Los ‘temas generativos’ (según P. Freire) constituyen un logro cultural, creado en “situaciones límites” por el grupo social implicado, en tanto que sus miembros examinan la situación de acuerdo a sus antecedentes sociales y culturales, y forman conceptos propios y posibilidades de acción adecuados.<sup>61</sup>

#### *e) Los entrevistados.*

Durante la estadía en los tres países, nuestra primera actividad consistió en contactar a los potenciales interlocutores en función de las directivas ya manifestadas del *theoretical sampling*.

Dado lo delicado de preguntar sobre la experiencia personal de médicos bajo regímenes totalitarios, esperábamos encontrar resistencias considerables, tanto más que hay un cierto conocimiento sobre médicos participantes en violaciones a los derechos humanos, lo que han sido juzgado con severidad por la opinión pública.

Sin embargo, los preparativos de largo plazo fueron útiles: a través de las actividades de promoción de los derechos humanos en el ámbito académico y en organizaciones internacionales ya resaltadas, pudimos disponer de una red amplia de amigos y colegas en los tres países y esto nos permitió una orientación rápida y de probada eficiencia.

El *theoretical sampling* incidió en la elección de los médicos para entrevistar en cuanto cumplieran los criterios de haber permanecido la mayor parte del tiempo

en el país durante la dictadura y de corresponder a una de las tres categorías en su posición frente al régimen totalitario: "Pro", "Neutral", "Oposición" y una extra "Joven" en términos de complemento generacional.<sup>62</sup>

Para identificar y aproximarse a las personas de estos cuatro grupos la red de comunicación antes señalada fue de extraordinaria importancia. Una vez en terreno, el primer contacto con los nuestros futuros interlocutores lo establecimos casi siempre por teléfono.

*De facto* llamamos a los médicos a entrevistar en sus sitios de trabajo y les preguntamos si estarían interesados en participar en un proyecto de investigación sobre ética médica en Sudamérica, con sede en la Universidad de Hamburgo. Se proponía participar en una entrevista narrativa semiestructurada, donde deberían tratarse, por un lado, aspectos existenciales de la actividad profesional en los últimos veinte años, y por otro, opiniones personales sobre problemas actuales de la ética médica, tomando posición al respecto; para la entrevista se debía disponer de dos horas, cuando menos. Si bien hubo una actitud general de aceptación en este primer contacto telefónico, también surgieron preguntas personales, por ejemplo: ¿Por qué se recurrió precisamente a él/ella? O ¿Qué constancia había acerca de si la persona aludida poseía competencia conceptual para tratar esa temática? Esto pudo aclararse haciendo alusión a la permanente necesidad del médico de tomar decisiones éticas en la praxis cotidiana: para esta investigación se manifiesta como importante precisamente la actitud personal frente a diferentes situaciones de conflicto, ya que en ella no se trata de llegar a una presunta posición ética ideal, que de cualquier modo podría leerse en las declaraciones oficiales, sino de tener acceso al trato específico que dan los actores médicos a cuestiones éticas de índole regular. Las respuestas hicieron hincapié en la necesidad de incluir una variedad de participantes lo más amplia posible, dado el tipo de investigación cualitativa. Sobre ¿Quién suministró la dirección o el teléfono? Se apuntó a los servicios de información telefónica.

Por lo general no fue necesario aclarar el tema del origen del entrevistador: aunque el acento todavía se reconoció como chileno, la entonación y las palabras usadas no parecían típicas, de manera que al parecer los médicos de los tres países consideraban al entrevistador más bien como un investigador extranjero, frente al cual ellos, como lo expresaron a menudo en el curso de la entrevista, tenían pocas sospechas sobre su virtual implicación en la historia reciente.

Hubo tres negativas a participar en la entrevista, fueron en Uruguay y muy formales. En primer lugar, se adujo como motivo un cambio de opinión, que al solicitar más detalles resultó residir en la preocupación de que "opiniones muy privadas sean publicadas sin recato alguno", o de que "principios jerárquicos sean lesionados por las expresiones de un miembro del cuerpo militar". La pregunta sobre experiencias anteriores en este sentido fue respondida en forma vaga, y la manifestación de estricto anonimato para todas las entrevistas tampoco ayudó en estos casos.



Por regla general, después de la conversación telefónica fue posible hacer una cita para la entrevista, en un sitio familiar para el entrevistado, casi siempre un hospital o su consultorio privado. En su gran mayoría los interlocutores contactados por teléfono se manifestaron de acuerdo con las informaciones recibidas sobre el sentido y el propósito de la investigación, y mostraron una disposición abierta frente a la entrevista.<sup>63</sup>

Desarrollar la entrevista con los médicos en sus propios ambientes resultó doblemente adecuado en tanto que por una parte redujo el umbral de inhibición de los entrevistados, pues él o ella se encontraba en terreno conocido y podía determinar a gusto el curso de la entrevista, como por otra permitió formarnos una opinión sobre el lugar de trabajo o las condiciones de vida de los interlocutores y someter sus respuestas a una primera comprobación.<sup>64</sup>

La entrevista tuvo un comienzo altamente ritualizado a través de la explicación de contenidos e intenciones y la preparación de los instrumentos (grabadora y micrófono). Esta plática duraba varios minutos, sin haber hecho ninguna pregunta de fondo y propendía a disminuir las tensiones propias de tal situación.<sup>65</sup> En ella podían aclararse también los eventuales malentendidos y poner en claro la unívoca voluntariedad de la entrevista, pues el entrevistado la podía interrumpir en el momento que estimara conveniente.<sup>66</sup>

Casi está de más señalar que nuestra actitud regular fue la de un interlocutor empático. No sólo porque esta investigación surgió de interés temático personal y contando con amplia libertad para realizar tanto el diseño y como el desarrollo conceptual, sino también porque hubo un alto grado de apertura y cooperación de parte de los interlocutores. En general, quedamos muy impresionados por este *petit tour de force* a través de las biografías de testigos-actores de la historia reciente y de sus primeros intentos de interpretación.<sup>67</sup>

Las preguntas sobre temas sociales y médicos abordadas en la entrevista parecieron comprensibles y relevantes para nuestros interlocutores y sus respuestas fueron directas y con un marcado carácter personal.

**Datos biográficos básicos de los entrevistados:** a continuación sintetizamos algunos elementos de socialización de los médicos entrevistados. Estos datos son generales y tienen el propósito de ayudar a caracterizar al grupo de interlocutores.

- Grupo generacional durante el gobierno militar. Cuarenta de los médicos podían ser considerados como adultos al inicio del régimen militar. En el momento de la investigación todos tenían más de 45 años. Ocho de los entrevistados entran en el grupo "Joven", es decir, sus edades están ahora entre los 25 y los 35 años. La categoría "Joven" (con las mismas personas) se utilizó después para designar igualmente la actitud hacia el régimen militar. En ambos contextos, esta categoría caracteriza a las personas que para esa época todavía estaban estudiando y que sólo después finalizaron sus carreras.<sup>68</sup>

- Nacionalidad. En el curso de la investigación se entrevistó a catorce médicos argentinos, dieciocho médicos chilenos y dieciséis médicos uruguayos, tanto de capital respectiva como de provincia.

- Actitud frente al gobierno militar. En este aspecto los entrevistados pueden clasificarse de la siguiente manera: Doce personas mostraron una actitud entre aquiescente y francamente partidaria de los regímenes militares y son mencionados en el curso de esta evaluación como "Pro"; durante el gobierno militar ellos ocuparon posiciones importantes en política sanitaria o en gremios académicos. Ocho personas manifestaron un alto grado de abstención en el quehacer político de la época y fueron adscritos a la categoría "Neutral", su actividad fue descrita como de dedicación exclusiva a la profesión. Veinte de los entrevistados se habían opuesto activamente al régimen militar, algunos de ellos habían sido arrestados o tenido que exilarse por corto tiempo; se les designa como miembros del grupo "Oposición". Ocho personas conformaron el ya descrito grupo "Joven".

- Sexo. La muestra abarcó seis mujeres y cuarenta y dos hombres. A pesar de que realizamos una búsqueda expresa de médicas para entrevistar, no obtuvimos más interlocutoras.

- Lugar de la infancia. Para esto lo importante no era el lugar de nacimiento de registro civil oficial, sino el lugar donde había transcurrido la niñez. De esta forma se constató si el entrevistado o entrevistada había crecido en un poblado (población máxima de 5.000 habitantes), en una ciudad o en la capital. Seis personas habían crecido en poblados, diecisiete en una ciudad y veinticinco en la capital (pueblo 12.5%, ciudad 87.5%). Para esta cantidad reducida de entrevistados, el elevado nivel de antecedentes urbanos ya es llamativo de por sí, pero si se considera además la proporción de la población total urbana de hace treinta años no hay concordancia en absoluto con esas cifras: en aquella época ella estaba por debajo del 60% en los tres países. La gran proporción de infancia urbana (ciudades o capital) entre los entrevistados confirma la tesis de que el lugar de residencia configura en gran medida las posibilidades de educación, es decir, estudiantes que crecen y viven en ciudades tienen más probabilidades de cursar estudios universitarios.<sup>69</sup>

- Lugar de los estudios universitarios. Treinta y nueve médicos habían cursado sus estudios en una universidad de la capital, nueve en una universidad de provincia. Esto refleja en pequeña escala la situación tradicional de elevada concentración de instituciones universitarias en las capitales de los tres países.

- Religión familiar. Las declaraciones recogidas a este respecto indicaban un tercio (dieciséis personas) de antecedentes familiares católicos; tres de los entrevistados declararon formación religiosa judía; uno no declaró nada y veintiocho hicieron la observación de que se trataba de un asunto privado que sólo concernía a los interesados.<sup>70</sup>

- Escuela. Veintinueve personas se habían educado en escuelas públicas laicas;



doce fueron a colegios religiosos privados; cinco a escuelas religiosas públicas; una persona fue educada por la madre y otra por una institutriz.<sup>71</sup>

- Situación profesional de la madre. Las madres de treinta y cinco de los entrevistados eran amas de casa; las de otras ocho personas (un sexto de los entrevistados) tenían profesiones independientes o labores empresariales y cinco participaban en la vida productiva como trabajadoras o empleadas.

- Situación profesional del padre. Los padres de treinta y uno de los entrevistados tenían profesiones independientes o eran empresarios; los de otros quince entrevistados participaban de la vida productiva como trabajadores o empleados. Dos personas no dieron ninguna información sobre sus padres.

Acerca de la situación profesional de los padres basta constatar que ella cuenta con una mayoría de padres con profesiones o labores económicamente independientes y una pequeña porción de madres con oficios remunerados. Esto confirma igualmente la tesis de que para esa época en esos países la carrera de medicina sólo en teoría era accesible para todos, y que no puede hablarse de una participación igualitaria de todos los grupos sociales.<sup>72</sup>

- Motivos para estudiar medicina. Para trece de los entrevistados la decisión de estudiar medicina había tenido motivos familiares; en once surgido del deseo de ayudar;<sup>73</sup> ocho lo consideraron como un reto intelectual; del resto ocho dieron razones personales, cinco motivos difíciles de definir y tres una actitud humanista.

### *f) Características formales del material.*

Además de los textos de una amplia documentación sobre la práctica médica en la época de las dictaduras militares en los tres países (véase el Capítulo II, 1.), recogimos las grabaciones de las entrevistas realizadas y las notas de campo, para ser sometidas a una evaluación de fondo.

En primer lugar fueron escuchadas todas las entrevistas sin excepción, complementando este material con informaciones de campo. Esta confluencia de datos permitió al investigador una primera reconstrucción de la experiencia de campo en su globalidad y, desde este primer distanciamiento, él pudo iniciar primeras reflexiones, por ejemplo, sobre los pasos formales para un manejo anónimo de las entrevistas, pero también sobre el grado de involucración personal del investigador durante la investigación de campo, ya que éste se había conducido con ponderación y empatía hacia todos y no había podido constatar en sí mismo la intensidad emocional y de contenido de algunas declaraciones de los médicos entrevistados.<sup>74</sup> Esta primera fase del manejo del material de la investigación pudo así abrir espacio a la contradicción inherente a una investigación de esta naturaleza –por una parte dedicar atención esmerada a experiencias de vida y a actitudes „inconcebibles“ y por otro garantizar una permanente actitud ecuaníme– y, según confía el investiga-

dor, esforzarse por enfrentar tal contradicción con un cierto grado de lucidez y de autoaceptación.

Una segunda audición de las entrevistas nos permitió desarrollar una guía de respuestas modelo, con bien definidos elementos de opinión individual. A partir de las diversas posiciones y comentarios presentes en las formas arquetípicas de articulación sobre cada tema fue posible:

a) emprender una sistematización lógica de las posibilidades de respuesta alternativas con una estricta especificidad de contenido y de formulación unívoca desde el punto de vista sintáctico, en la medida que cada respuesta es concluyente en sí misma y diferente de las otras. En este sentido aduce Cicourel (1975) sobre el método de formación de una "semántica generativa" en materiales de la vida cotidiana lo siguiente:

"La analogía de jueces y lingüistas es primordial para mi argumentación, porque en ambos casos, en cuanto a las características o particularidades que sirven de base empírica... (...), se trata siempre de representaciones idealizadas, cuya 'legalidad' decide el juez o lingüista, sobre el contexto de una estructura normativa, que él impone a la ambigüedad e imprecisión del lenguaje cotidiano"<sup>75</sup> así como

b) realizar un primer procesamiento de los temas tratados a fin de poder iniciar una evaluación cualitativa y de análisis del contenido de todas las entrevistas.<sup>76</sup>

**La audición de las entrevistas y la lectura de la bitácora de campo** nos permitió elegir algunas entrevistas (16) por su carácter representativo y conforme a criterios de solidez conceptual, de contenido y de implicación personal.<sup>77</sup> Las entrevistas fueron luego transcritas, preservando el anonimato.

**La transcripción** de las entrevistas se basó en métodos regulares (transcripción literal de oraciones completas, puntos suspensivos entre paréntesis en casos de ambigüedades, etc)<sup>78</sup> y fue realizada por una profesional de habla hispana, doctorada en lingüística aplicada. El trabajo de edición final de las entrevistas lo realizamos consultando de nuevo parcialmente el material oral. Se observó durante la transcripción que los entrevistados se explayan a menudo en largas explicaciones – a veces con asociaciones de ideas intercaladas entre sí pero generalmente bien articuladas –, esto indica, en nuestra opinión, condiciones de entrevista satisfactorias. Es decir, estas tuvieron lugar sin presiones externas (p. ej. escasez de tiempo) y en una atmósfera libre de tensiones.

En tanto que este trabajo de investigación estuvo afinado en la Universidad de Hamburgo, fue necesario realizar una labor continua en los dos idiomas. Esta doble lectura abrió posibilidades de una cierta distancia del autor frente a la gran intensidad de contenido tanto en la gestión documental (primera parte de este libro) como en la percepción de los contenidos en las entrevistas. Todos los textos del libro fue-



ron elaborados en primera instancia en alemán y traducidos consecutivamente al castellano. Aquí participaron Nora López, traductora regular en Nueva Sociedad de Caracas y Enzo La Mura, colaborador de este proyecto de investigación.

Para la versión alemana del trabajo la traducción de las entrevistas desde el castellano sudamericano al alemán fue realizada por una persona nacida en Bremen, pero que pasó una buena parte de su niñez y adolescencia (incluyendo escuela básica y secundaria) en Argentina y que ha desarrollado una elevada sensibilidad para ambas áreas culturales e idiomáticas durante sus estudios universitarios en Alemania, así como a través de trabajos de investigación en el área de ciencias sociales en y sobre América del Sur.<sup>79</sup>

### *g) El cuestionario*

La evaluación inicial de las entrevistas y una sistematización prototípica de respuestas condujeron a un cuestionario con las posibles alternativas de respuesta para cada pregunta (por lo general 5) y que, en conjunto, constituía una forma de síntesis conceptual sobre el problema en cuestión desde las diversas perspectivas de los entrevistados. A este respecto Gadamer señala que:

“En la obra de Aristóteles el término ‘problema’ designa aquellas cuestiones que se presentan como alternativas abiertas, porque en ellas existe toda clase de argumentos en favor de ambas posiciones, y que no nos parece posible de decidir por medio de razones terminantes, porque son cuestiones que abarcan mucho. Por lo tanto, ‘problemas’ no son verdaderas preguntas... sino alternativas del opinar que sólo podemos dejar ser y que, por consiguiente, sólo pueden tratarse dialécticamente”<sup>80</sup>

Para someter este instrumento cualitativo a una prueba directa por parte de los participantes, y también para mantener el contacto con los interlocutores, se envió el cuestionario a todas las personas entrevistadas en los tres países. A pesar de las dificultades propias del servicio postal transcontinental, aproximadamente 1/3 de todos los médicos participantes respondió a esa nueva indagación escrita en el curso de los tres meses siguientes.

En tanto que el cuestionario encontró una buena recepción entre los participantes y las respuestas marcadas daban trazas de coincidir con el espectro de opiniones manifestado verbalmente durante el estudio de campo, se puede postular compatibilidad entre las opiniones y las actitudes de los interlocutores entrevistados y las respuestas alternativas extraídas por el investigador al preparar el cuestionario. Esto permite aducir una validación comunicativa del instrumental de interrogación, es decir, tanto de la entrevista en sí como del cuestionario desarrollado en base a la investigación de campo. Sobre esta elaboración de criterios de calidad relacionados con el análisis del contenido dice Mayring:

“Aquí la idea básica es elaborar discursivamente una unificación o conciliación de resultados de los análisis entre investigador e investigados. Un proceder semejante tiene su ‘sentido y necesidad irrevocable especialmente allí donde las interpretaciones teóricas de las declaraciones, sobre todo de la presentación personal, tienen la función de preparar y estructurar una práctica mancomunada con los interrogados’.”<sup>81</sup>

Para los fines de esta investigación, eso significaba fomentar el interés en el curso de la investigación de los interlocutores, más allá de la primera entrevista.

A partir de la respuestas en esta nueva toma de contacto con los entrevistados y de las opiniones contenidas en las entrevistas, surgió una base de datos de la investigación que se trata en detalle y sistemáticamente en la segunda parte de esta sección (evaluación cuantitativa de los cuestionarios).

El material primario de datos de la investigación de campo se compone por consiguiente de las entrevistas documentadas tanto en transcripciones como en grabaciones y del material obtenido de las respuestas al cuestionario, factible de análisis cuantitativo, en el segundo paso de la evaluación.

#### Notas

1. Ver: R. Cruz-Coke (1978): Human Rights and Chilean Doctors. En: New England Journal of Medicine, 300,p.144-5.
2. Aquí habría que señalar como representantes: para Argentina el CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales), para Chile la FASIC (Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas) y para Uruguay el SERSOC (Servicio Ecuménico de Rehabilitación y de Reinserción Social).
3. Aquí hay que mencionar como representantes a las Universidades de Leuven en Bélgica, así como en Copenhagen y Aarhus en Dinamarca, el INSERM (Institute Nationale Supérieure de Études et Recherche Medicale/Paris) y la AAAS (American Association for the Advancement of Science/Washington).
4. Un esfuerzo pionero digno de reconocimiento en esta área es la incorporación,, como contribución médica especializada, del trabajo de M. Viñar y M. Ulriksen (1989): “Troubles psychologiques et psychiatriques induits par la torture” a la enciclopedia francesa “Encyclopaedie Médico-Chirurgicale”.
5. Ver las extensas publicaciones de la AAAS/EE.UU.
6. El autor recurre a una relación indirecta o a la versión plural para desviar su persona del primer plano (nota del corrector de pruebas)
7. Ver: Prozeßmaterialien in der Stafsache gegen ehemalige Angehörige der japanischen Armeewegen Vorbereitung und Anwendung der Bakterienwaffe. Moscú, 1950.
8. Lifton mismo manifestó que: “Poco después de que terminara mi estudio anterior sobre los sobrevivientes del bombardeo atómico me visitó un rabino amigo, y en el curso de la conversación me dijo: ‘Hiroshima es tu camino, que como judío te lleva al [estudio del] holocausto’. Ese comentario me hizo sentir inseguro y me pareció



exageradamente autoritario, aun viniendo de un rabino. Sin embargo, desde entonces (estábamos a final de los años 70) tuve la certeza de que en poco tiempo emprendería un estudio del genocidio perpetrado por los nazis. Todos los trabajos... parecían conducir (ahora), tanto desde el punto de vista científico como personal, hacia un estudio de esa naturaleza..."

9. Cfr. BMA (1986): *Torture Report*. Londres.
10. Compárese Amnesty International; Medical Commission and V. Marange (1991): *Doctors and Torture. Collaboration or Resistance?* Londres.
11. Compárese BMA (1992): *Medicine Betrayed*. Londres.
12. Compárese M. A. Grodin et al. (1993): *Medicine and Human Rights. A Proposal for International Action*. En: *Hasting Center Report* 23, N° 4: 8-12.
13. Aquí se diferencian conceptualmente la ética en medicina y la bioética, la bioética se autodefine como actuando en la zona de conflictos tecnológico-médica, y por lo tanto no parece pertinente para los fines de este trabajo. Comp. Reich, W.T. [ed.] (1978): *Encyclopedia of Bioethics*. New York
14. Compárese E. Heister & E. Seidler (1989): *Ethik in der ärztlichen Ausbildung an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland*. En: *Ethik in der Medizin*, 1: 13-23.
15. Compárese especialmente los trabajos de R. Kielstein, H. M. Saas y H. Viefhues en la lista de bibliografía.
16. Konferenz "Ethik und Medizin 1947-1997. Was leistet die Kodifizierung von Ethik" (Conferencia "Ética y Medicina 1947-1997. ¿Qué permite la codificación en ética?) en Friburgo, Alemania. Compárese las publicaciones en alemán e inglés de Tröhler y Reither-Theil sobre el tema.
17. Compárese F. J. Illhardt (1989): *Aktuelle ethische Problemfelder in der Medizin*. En: *Ethik in der Medizin* 1: 24-35.
18. Compárese al respecto los trabajos de R. Bostelaar, R. Dressel, G. Gaetschenberger, B. Geust, T. Mendler, en la lista de bibliografía.
19. E. Seidler (1994) observa al respecto que: "La ética en medicina... es una ciencia para utilizar en el curso de la decisión clínica y en la concepción de investigaciones... Para la situación inmediata en Alemania... puede decirse que después de una larga etapa de un tratamiento esencialmente teórico de los problemas éticos en la medicina comienza a manifestarse ahora una necesidad más fuerte de superar esas situaciones éticas cotidianas... Aquí se precisan nuevas formas de pensamiento y comunicación que deben capacitar para percibir también conflictos de valores y objetivos e incluirlos en la decisión conveniente". Véase E. Seidler: *Die medizinethische Diskussion in Deutschland*, pág. 13 (Paper).
20. Compárese American Board of Internal Medicine (1983): *Subcommittee on Evaluation of Humanistic Qualities in the Internist*. En: *Ann. Intern. Med.* 99: 720-24.
21. Compárese en el mismo orden los trabajos de M. Resnick, R. Hayward, J. Anderson, G. Brotzman, D. Wertz y N. Lynõe en la bibliografía.
22. Véase al respecto los trabajos de J. Andre, D. Sulmasy y C. Strong en la bibliografía.
23. "More studies of a qualitative approach are needed in order to validate our results and to illuminate inconsistent responses and the ethical principles which lie behind particular judgement" (Necesitamos más estudios de enfoque cualitativo a fin de validar nuestros resultados y aclarar respuestas contradictorias y los principios éticos subya-

- centes en el juicio personal). Véase al respecto N. Lynøe (pág. 767) así como D. Wertz, J. Anderson, op. cit.
24. "Según Unicef mueren en Argentina aún hoy 18.000 niños en el primer año y de ellos dos tercios por razones evitables" de "La Mortalidad Infantil Neonatal", en: Salud, Problema y Debate Vol. 4, N° 7: 41-3. Véase igualmente A. E. Fica & F. A. Cabello (1992): Cólera en Latinoamérica: La relación entre salud pública y economía. En: Interciencia. Vol 17, N° 5: 276-283.
  25. Compárese la parte documental sobre los médicos bajo la dictadura militar.
  26. Comp. G.D. Pis (1994): La bioética como fenómeno cultural. En: Quirón, Vol 25, N° 1: 34-44.
  27. Comp. H. Durán (1991): La Salud Pública para un nuevo escenario. En: Salud y Cambio. Rev. Chil. Med. Soc.. Vol 3, N° 6: 53-4.
  28. Ver en la bibliografía los trabajos de D. Kordon, G. Martirena y G. Seelmann in the Journal of Medical Ethics.
  29. Véase: Gramsci 1973: 15
  30. Comp. Weber, M. (1968): Gesinnungsethik und Verantwortungsethik. In Max Weber: Soziologie, Weltgeschichtliche Analysen. Politik
  31. Aquí encuentra cabal aplicación la frase de Cl. Geertz (1992) "La historia vital de una persona es su característica", pues con todo lo homogénea que pueda parecer una determinada situación social vista desde afuera, la diversidad de conductas de los actores sólo se hace patente cuando nos adentramos en ella. Ver: Cl. Geertz: Kulturbegriff und Menschenbild. En: R. Habermas; N. Minkmar (Eds.): Das Schwein des Häuptlings. Beitrage zur historischen Anthropologie. Berlín, p.80.
  32. Consejeros o personas de confianza fueron algunas personas escogidas en cada país, con las cuales existía desde antes una dilatada cooperación académica en el área de los derechos humanos. Ellos tomaron conocimiento previo del proyecto de investigación y durante su realización permitieron al autor discutir abiertamente situaciones conflictivas y difíciles de comprender con un alto grado de sinceridad y discreción.
  33. Se considera como informantes al círculo de conocidos y colegas en los tres países que dispone de conocimientos específicos, p.ej. sobre temas de actualidad en la atención de salud y que pueden ser consultados ad hoc. A ellos también se suman algunos extranjeros -ciudadanos alemanes en los Institutos Goethe, p. ej.- con quienes hubo un intercambio regular acerca de problemas de comprensión cultural específicos de cada región.
  34. En los tres países fueron encuestados médicos a través de las entrevistas temáticamente estructuradas.
  35. Véase: J.R. Bergmann (1985): Flüchtigkeit und soziale Fixierung sozialer Wirklichkeit. Aufzeichnungen als Daten der interpretativen Soziologie. In: W.Bonß und H. Hartmann: Soziale Welt, Sonderheft 3: Entzauberte Wissenschaft (299-320). Göttingen, S. 306.
  36. Véase entre otras Riquelme, H. (1990): Era de nieblas. Derechos humanos, terrorismo de Estado y salud psicosocial en América Latina. Catacas. Este libro fue publicado también en alemán (dos ediciones), inglés y portugués.
  37. Comp. las publicaciones de ICHP/CINPROS en Literatura de referencia así como Riquelme, H. (1989): Gesundheit und Menschenrechte: eine selbstverständliche Dyade? En: Recht und Psychiatrie VLL, N° 1: 35



38. Así por ejemplo las sesiones II, III y IV de la conferencia sobre "Salud, represión política y derechos humanos" 1989 en San José/Costa Rica, 1991 en Santiago de Chile y 1994 en Manila/Filipinas.
39. Este banco de datos contiene hasta ahora cerca de 700 incisos y está adscrito a la "Red de Información y Documentación sobre Latinoamérica, con sede en París.
40. Cl. Geertz (1984): Distinguished Lecture: Anti Anti-Relativism. En: American Anthropologist. 86, p.276.
41. Véer: L.Niethammer (Ed.) (1985): *Lebenserfahrung und kollektives Gedächtnis. Die Praxis der "oral history"*. También R. Habermas (1992) Id.
42. Definido así por H. Arendt: "En este sentido el quid del régimen totalitario radica en el terror, el cual, sin embargo, no se ejerce arbitrariamente, ni en base al ansia de poder de un individuo (como en la tiranía), sino en consonancia con procesos suprahumanos y con sus límites naturales e históricos. Como tal, el terror reemplaza al marco de la ley, en cuyo ámbito las personas pueden moverse en libertad, por una atadura férrea que fija a las personas de tal manera, que excluye cualquier acción libre, imprevisible. En este sentido el terror es, por así decirlo, la "ley" que ya no puede infringirse. Esa inmovilización producto del terror, se supone, debe servir a la libertad de la historia o de la naturaleza en movimiento. Discutir sobre la libertad con partidarios de movimientos totalitarios constituye una empresa tan extraordinariamente difícil, porque ellos no sólo se interesan poco por la libertad humana, es decir, por la libertad de acción humana, sino que la consideran peligrosa para la libre articulación de los procesos naturales o históricos". En: *Elemente und Ursprünge totaler Herrschaft*. Munich 1991, p.711.
43. Si bien las dictaduras militares de América del Sur, basadas ideológicamente sobre la "Doctrina de Seguridad Nacional" no se perfilaban hacia un "Reich milenarista", adquirieron, sin embargo, características comparables con el período nazi en lo que respecta a la forma de ejercer el poder y a la magnitud de su influencia estructural en todos los aspectos de la sociedad respectiva.
44. Ver: L. Weinstein (1975): *Salud mental y proceso de cambio*, y H. Riquelme (1988): *Trato social con minorías en Nicaragua*. Nueva Sociedad, 97, p.50-61.
45. A esta dirección apuntan tanto el modelo de estructuración genética de la moral de Piaget como la teoría del discurso ético de Habermas, posiciones ambas que influyeron en gran medida en este trabajo.
46. "Ingreso a terreno" en sí significa el comienzo de la investigación de campo e incluye todas las actividades de toma de contacto y de explicación del proyecto frente al círculo de informantes y encuestados.
47. Se eluyó cualquier forma de documentación que pudiera parecer comprometedor, tales son la fotografía o video.
48. H. Berger (1980) considera que un investigador con estas características dispone de buenas condiciones para la realización de una "investigación social participativa". En: *Untersuchungsmethode und soziale Wirklichkeit*. Francfort, p.206.
49. En el recurso metodológico del "theoretical sampling" tiene lugar una "selección sistemática de las unidades (los sujetos, H.R.) de observación, conducente a focalizar el "caso", de modo que los conceptos teóricos del investigador puedan ser desarrollados en términos más complejos, con mayor capacidad de diferenciación y profundidad... (Como) procedimiento: la unidad de observación se escoge como adecuada... en la

- perspectiva de prototipos ideales" Véase Lamnek, S. (1989): *Qualitative Sozialforschung*. Band 2 Methoden und Techniken, pag. 381
50. Comp. Scheuch, E.K. (1967): *Das Interview in der Sozialforschung*,
  51. Véase Flick, U. et al. (1989): *Handbuch qualitative Sozialforschung*, pag. 178.
  52. Véase Lamnek, S. op. cit. Pag. 79-80
  53. Comp. Lamnek, op. cit. Pag. 322
  54. Observación participante es por definición un "método (originario) de la etnología y la antropología cultural. (Ella) se pone en práctica en el medio ambiente natural de las personas a investigar: el investigador toma parte en la vida cotidiana de las personas y grupos de su interés y trata de explorar sus formas de interpretación y categorías de valor propias, documentándolas para su evaluación científica. La adopción de un rol bien definido es constitutivo del método", véase Lamnek op. cit.: 364.
  55. Entre las cuatro posibilidades de determinar el grado de inmersión del investigador en el ámbito a estudiar se escogió la de "observador como participante": esta forma de observación conjuga en sí junto a un escaso involucramiento en el campo, un alto grado de capacidad de diferenciación en situaciones de la vida cotidiana 'evidentes de por sí'. V. Lamnek, op. cit.: 259 y J. Friedrichs & H. Lüdtke (1971): *Teilnehmende Beobachtung. Einführung in die sozialwissenschaftliche Forschung*. Weinheim Basel, pag. 27.
  56. Sobre ello manifiesta Flick: "En el marco de *la dialéctica de autenticidad y estructuración*, en su decisión metodológica debiera el investigador dejarse conducir por la siguiente regla de economía: consignar sólo cuanto sea necesario para responder las cuestiones centrales y desarrollar en términos técnicos sólo cuanto parezca necesario desde su interés teórico (cursivas en original, H.R.) v. Flick et al. *Ebenda*: 161.
  57. Ver: H. Gadamer (1960): *Wahrheit und Methode (Verdad y método)*. Tübingen, p.345.
  58. Id., p.346.
  59. Este cuestionario guía de la entrevista en profundidad abarca los cinco bloques temáticos siguientes: I. presentación personal; II. opinión según vivencias sobre (a) la violencia en la vida cotidiana, (b) la fase histórico-social del gobierno militar; III. opiniones personales sobre factores de conflicto en la ética médica actual (manipulación de genes, transplantes de órganos, alquiler de úteros); IV. opinión sobre el trato social (a) con las víctimas de la dictadura militar, (b) con posibilidades de infracción a la ética médica bajo "condiciones de excepción"; V. representación mental de cinco situaciones de riesgo en la ética médica con opinión y exposición de la base de argumentación propia.
  60. Id., p.350.
  61. Ver: *Pedagogía del oprimido*. Santiago, p.75-104.
  62. Después de la entrevista, se habló a menudo sobre esta forma de categorización con los médicos entrevistados, (ella fue aceptada como cuasi evidente) y por lo general despertó en los participantes un interés aún mayor en los resultados de la investigación.
  63. La exigencia de contar por lo menos con dos horas para realizar la entrevista no asustó al parecer –razones de escasez de tiempo son usuales en todo el mundo para eludir situaciones conflictivas no deseadas– a los interlocutores, algunos de ellos incidieron en que esa condición *sine qua non* les había convencido de la seriedad del proyecto.
  64. Esta forma de observación participativa muchas veces fue explícitamente fomentada por los interlocutores entrevistados, quienes mostraban determinados elementos de



la práctica médica o incluían en la conversación documentos de toda índole para fundamentar sus declaraciones.

65. Esta ceremonia introductora incluía una amplia explicación de las metas y propósitos de la entrevista en particular y de la investigación en general y seguía el siguiente tenor:

“Esta investigación se realiza en Argentina, Chile y Uruguay y es motivada por el interés de conocer, desde la perspectiva de los participantes, la forma en que la experiencia personal frente a lo ocurrido durante los estados de excepción fue integrada como parte substancial de la biografía y como modeladora de actitudes y conceptos éticos. A través de esta entrevista queremos acceder a la sensibilidad expresada –frente a temas de ética profesional de actualidad en el área médica– y buscar su relación con la biografía del entrevistado pertinente. Realizamos entrevistas narrativas semiestructuradas, con la ayuda técnica de una grabadora. Los materiales que se obtenga de las entrevistas serán anonimizados rigurosamente.”

66. A este respecto dice A.V. Cicourel (1974): “Para guardarse de pasar por alto percepciones diferenciales y la interpretación del entrevistado, las preguntas introductorias deberían ser caracterizaciones generales del interés que persigue el investigador. Esto permite que la definición situacional para el entrevistado tenga lugar, antes de que éste, por vía de preguntas individuales prefijadas, se ate a conceptos específicos, de los que puede no estar consciente. Así se garantiza que en lo concerniente a las preguntas o temas, la persona del estudio no hará una elección o tomará una decisión que no entiende del todo, sólo para complacer al entrevistador y terminar ‘exitosamente’ la entrevista”. En: *Method und Messung in der Soziologie*. Francfort, p.149.

67. Al analizar y evaluar los materiales compilados y las propias experiencias en el estudio de campo, el investigador buscó explícitamente evitar la función de juez instructor frente a los acontecimientos de esa época. Ésto, sin detrimentos de que él pueda sustentar en cualquier momento su opinión personal en relación con los sucesos ocurridos bajo el régimen totalitario. Para esta investigación es, sin embargo, de fundamental importancia someter a una continua observación crítica los conocimientos personales y científicos sobre participantes y afectados.

68. Por consiguiente, implica más un atributo existencial que una posición ideológica. Para esta investigación es importante hacer tal constatación, puesto que las actitudes de los miembros de esa generación, titulada tras el período militar, no se pueden interpretar conforme a las categorías usuales antes de y durante el gobierno militar, sino como una dimensión independiente.

69. Ver: T. Vasconi (1971): *Modernización y crisis en la Universidad Latinoamericana*. Cuadernos de Estudios Socio-económicos (CESO), N° 14. Santiago de Chile.

70. En un país como Uruguay esa pregunta podría llegar a entenderse como una violación de la esfera privada. Información personal de M. Viñar.

71. Según parece, hace cuarenta años esa forma de educación era todavía plenamente reconocida como correspondiente a la escuela primaria, una vez aprobado un examen general.

72. Como dato interesante, la posición económica o social de los padres de un tercio de los miembros de los grupos “Pro” y “Oposición” demostró no ser determinante. Durante los conflictos políticos esas personas no tomaron la actitud (“de clase”) corres-

pondiente, sino que se vincularon con la respectiva posición contraria y mantuvieron esa decisión durante todo el período.

73. Tener una "actitud de servicio" comprende en español sudamericano dos expresiones que, sin ser comentadas, podrían dar lugar a malentendidos: querer "servir al prójimo" y "ser útil a los demás".
74. Las inflexiones de voz durante las entrevistas permiten apreciar diversos estados anímicos del investigador. Mas al parecer, él desarrolló una solvencia tal en el manejo de las preguntas abiertas que los entrevistados no se dejaron impresionar mucho por el matiz fonético de la alocución sino que se apegaron al contenido de las preguntas y entraron con cierta regularidad al "flujo de relato" para dar a conocer su propia versión de los acontecimientos y sus efectos personales.
75. En: *Sprache in der sozialen Interaktion*. Munich, p.119.
76. Cfr. Ph. Mayring (1988): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlage und Techniken*. Neuausgabe, Weinheim.
77. En relación al criterio de la autenticidad, tan difícil de definir, el lector puede formarse una opinión propia. Tras un estudio minucioso de todas y cada una de las entrevistas, el investigador considera que esta selección del total de entrevistas (un tercio de la totalidad) puede ser representativa y cubrir buena parte del espectro de opiniones. De hecho, el investigador sostiene la opinión de que un estudio empírico sobre ética debe garantizar el respeto a cada declaración y por lo tanto también –con los medios al alcance– la mayor fidelidad posible a los textos. Tras la anonimización sistemática y la aprobación de cada uno de los participantes, se procedió a publicar estas entrevistas. Véase: –Riquelme, H./Sindicato médico del Uruguay/Colegio médico de Chile (1995b): *Médicos protagonistas. Entrevistas narrativas sobre las condiciones de vida y de ética profesional bajo la dictadura militar*. Montevideo: Ediciones de la banda oriental.
78. Cfr. Ph. Mayring, *op.cit.*, p.44.
79. Ella es la traductora principal de los tres tomos que hasta ahora han aparecido en alemán del Seminario de Psiquiatría Transcultural sobre el simposio sobre "Cultura y Situación Psicosocial en Latinoamérica" de la Universidad de Hamburgo. En su versión castellana han sido publicados en la Editorial Nueva Sociedad de Caracas.
80. En: *Wahrheit und Methode*. Tübingen, p.358.
81. *Op. cit.*, p.96.



## II. EVALUACIÓN CUALITATIVA DE LAS ENTREVISTAS NARRATIVAS SEMIESTRUCTURADAS

La hipótesis central de este estudio plantea que los médicos, como actores sociales, fueron global y personalmente impactados por la intervención militar en sus biografías y en el proceso individual de maduración psicosocial. Para explorar la vida profesional cotidiana de los médicos y el desarrollo de sus opiniones ético-profesionales durante esa época se realizaron entrevistas narrativas, semiestructuradas, en los tres países de investigación. A continuación evaluaremos el material de las entrevistas.

Sobre el conjunto de entrevistas se puede decir que fue posible un acceso orientado metódicamente a líneas de argumentación sobre los temas en discusión., en líneas generales, su contenido satisface las condiciones estipuladas para una comunicación verbal "normal" de acuerdo a las categorías de Habermas, cuyas condiciones pueden presentarse en forma condensada como sigue:

"a) en un acto comunicativo no deformado, hay congruencia en los tres niveles de la comunicación: las opiniones simbolizadas lingüísticamente, las representadas en acciones y las materializadas en expresiones corpóreas no se contradicen entre sí, sino que se complementan metacomunicativamente... b) La comunicación coloquial normal se orienta por reglas válidas intersubjetivamente: ella es pública. Los significados comunicados son básicamente idénticos para todos los miembros de la comunidad lingüística. Las opiniones verbales se construyen en conformidad con el sistema de reglas gramaticales válidas y se utilizan según el contexto específico... c) En una conversación normal los hablantes están conscientes de la diferencia de categorías entre sujeto y objeto. Ellos establecen una diferencia entre discurso externo e interno y separan el mundo privado del público... d) En la comunicación coloquial normal se forma y se conserva la intersubjetividad, como garante de la identidad, de la relación entre individuos que se aceptan mutuamente... Lo específico de la intersubjetividad lingüística es que en base a ella se comunican los individuos. En el uso reflexivo del lenguaje exponemos en categorías inevitablemente generales lo inalienablemente individual, de tal manera que hasta cierto punto revocamos metacomunicativamente (y certificamos con reservas) las participaciones directas, para expresar indirectamente lo no idéntico en el Yo, lo que no se fusiona en cada caso con las determinaciones generales y que sin embargo sólo puede representarse a través de ellas. El uso lingüístico analítico está imbuido en el reflexivo,

porque la intersubjetividad de la comprensión coloquial no puede conservarse sin la autorrepresentación mutua de los sujetos hablantes..."<sup>1</sup>

En relación a la situación de entrevista, una primera lectura permitió reconocer que la posición del interlocutor<sup>2</sup> fue la de una persona que usa bien el lenguaje. En esa situación, él o ella, manifestó interés en una plática estructurada con un colega foráneo en una entrevista. Frente a cualquier duda que surgiera el entrevistador preguntó directamente.<sup>3</sup>

Ante el denso y amplio caudal de experiencias y opiniones personales entregado por los médicos durante las entrevistas, hay que tener presente dos aspectos básicos de la evaluación. El primero se refiere al cuidado de los datos aportados por el interrogado ya que es preciso salvaguardar su anonimato: las indicaciones adicionales (tomadas de las notas de campo) deben ser seleccionadas y presentadas bajo esta perspectiva. El segundo aspecto se refiere al alcance de la evaluación: aquí tendrá lugar de preferencia un análisis y desarrollo discursivo de las tendencias argumentativas (en base a las hipótesis comprensivas), y no se emprenderá por ejemplo un estudio individual-psicológico o semántico de materiales u otras formas de aproximación a textos, porque rebasarían los límites actuales de la investigación.<sup>4</sup>

En cuanto a la evidente imbricación de las biografías personales con el contexto histórico-social respectivo, que a menudo se hace presente en las entrevistas, resulta oportuno recordar la siguiente consideración metodológica de R. J. Grele (1985):

"En un relato en forma de diálogo (*oral-history-interview*) son fundamentalmente efectivas tres clases de relaciones, una interna y dos externas. La primera de esas relaciones garantiza la vinculación recíproca de los elementos, palabras y signos presentes en la entrevista. Ella vincula las palabras entre sí para crear un todo (vínculo sociocultural frente al horizonte de significados entre ambos interlocutores de la entrevista, H.R.)... El segundo conjunto de relaciones es producto de la vinculación entre el entrevistador y el entrevistado... A este tipo de relaciones pertenecen también esos aspectos de la entrevista que pueden designarse como *performance* (original en inglés, H.R.)..., la participación de un oyente y el encuentro personal de dos individuos... El tercer conjunto de relaciones activas en una entrevista no sólo es más abstracto, sino que también ha sido menos investigado y por consiguiente es más difícil de definir... *En una entrevista, el entrevistado no habla simplemente para sí mismo y para el entrevistador, sino que a través del entrevistador habla también a la amplia comunidad cultural y a su historia, tal como él la ve*". (cursivas H.R.)<sup>5</sup>



## 1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DECLARACIONES EN LAS ENTREVISTAS

A través de la transcripción de las entrevistas surge una nueva dimensión de la realidad, esta vez en forma de textos. Así se crea una base para sistematizar y comparar las ideas e impresiones manifestadas por los médicos entrevistados. Se manifiestan aquí percepciones colectivas —en especial frente a la reciente historia de la región— junto a opiniones cristalizadas a través de la experiencia personal.

El método de selección de textos exigía que las entrevistas a evaluar fueran sometidas, mediante varias lecturas, a un examen cualitativo de participación personal, congruencia en relación al tema y coherencia de contenido. Ellos no sólo debían funcionar como “modelo ideal” de respuestas, sino también aludir constantemente al actor presente en ellas.<sup>6</sup>

Acerca de las dificultades inherentes a la exploración y evaluación de este tipo de materiales manifiesta U. Flick:

“Uno de los problemas no resueltos de la investigación cualitativa reside en la presentación de los resultados y del proceso que han conducido a ellos: Resultados cuantitativos pueden ser presentados convincentemente en columnas de distribución, tablas, promedios, etc., sin detrimento de la propia complejidad. En la presentación (de resultados cualitativos) el problema central se afina en hacer comunicables los procesos de interpretación y de generalización.”<sup>7</sup>

Específicamente nos atendremos a continuación al siguiente proceder:

- Al principio, efectuamos una aclaración conceptual de las primeras cuestiones en sus respectivos contextos. Las preguntas siguientes se formulan con pocas aclaraciones complementarias.
- Para cada pregunta en particular, se dan respuestas textuales in extensi, de acuerdo a las diversas posiciones de los entrevistados.
- Cada complejo pregunta-respuesta es seguida por una recepción estructurante —de acuerdo a las líneas argumentativas de cada quien y en base a informaciones de fondo desde las notas de campo. Esto permite una primera forma inductiva de sistematización de posiciones y tendencias frente a las cuatro interrogantes fundamentales.<sup>8</sup>
- Los textos citados de las entrevistas son definidos en cuanto a país de origen, N° de código y posición del entrevistado pertinente (p. ej. Arg-035-Pro: País: Argentina; Entrevistado N°: 035; Posición: promilitar durante el período de la dictadura; o Chi-08-Joven: País: Chile; Entrevistado N°: 08; Posición: joven durante el gobierno militar) y, para observar una secuencia, se presentan como: “Pro”, “Neutral”, “Opos.”, “Joven”. Por último, es preciso señalar que algunas veces no es suficiente sólo una declaración por grupo para cubrir el espectro

de opiniones, motivo por el cual se presentan juntas dos (o más) declaraciones de miembros de un mismo grupo.

- Esta primera gestión hermenéutica es completada a un nivel de mayor abstracción por una síntesis del análisis cualitativo en torno a cinco aseveraciones surgidas de las entrevistas.

Desde un punto de vista estilístico es posible que lo anónimo de las tomas de posición de cada persona<sup>9</sup> frente a cada pregunta pueda provocar irritación, ya que se crea la impresión de una especie de escenario a oscuras, donde diferentes actores se presentan sucesivamente, sin que sea posible reconocer otra cosa que la voz (la característica). Esta forma de proceder se debe a la necesidad de evitar referencias identificatorias y de proceder a una selección exhaustiva de textos-respuesta. De este modo prevenimos frente a una posible extrañeza inicial y -para un estudio más profundo- remitimos a los textos completos de las entrevistas en la publicación consiguiente.

En favor de ese procedimiento debe destacarse que el método narrativo provoca para cada pregunta una plétora de pareceres diversos y cargados de matices personales. Además, esta evaluación cualitativa desea dar curso a la presentación de opiniones relevantes desde el punto de vista del contenido y no quedar pegada a respuestas estereotípicas. En este sentido se examinó las respuestas de cada grupo frente a cada pregunta en particular y se eligió la(s) opinión(-es) que concordaba(-n) más con una respuesta de alta densidad, sin desatender la connotación individual.<sup>10</sup> Mediante este procedimiento es posible presentar textual y claramente las diferencias estructurales entre los grupos, y a la vez preservar las características personales de los entrevistados.

#### PRIMERA PARTE (GENERAL):

La **presentación personal** debía ser concentrada y solvente: permitir una visión centrada en el devenir existencial del entrevistado. Para ello se dio curso a la exposición personal sobre áreas generales del desarrollo (familia, educación, preparación profesional), sin plantear preguntas concretas, esto es permitiendo al entrevistado hilvanar libremente su toma de posición.

Chi-040-Pro: Mi familia tiene origen alemán, nosotros venimos del grupo de inmigrantes que llegaron a Chile en el año 1850. Ellos se distribuyeron a lo largo del sur de Chile y mi familia se radicó en XX, donde estuve relacionado con el campo. Mi primera educación fue intrafamiliar, mi madre y una institutriz fueron elementos formadores. Posteriormente, me trasladé a Santiago, (donde) estuve en dos colegios católicos, uno de origen inglés el actual XX, después el colegio YY (religioso), termi-



né mi formación humanística en la escuela militar, donde egresé de sexto año de humanidades y de ahí entré a la universidad a estudiar medicina. ¿Porqué estudié medicina? Quizás, la motivación directa pudo haber sido el hecho de haber tenido en mi familia, una hermana (que) sufrió de diabetes desde muy joven y terminó muriendo con todas las complicaciones inherentes de la diabetes, muy joven, y ante la impotencia de poder ayudarla, quizás movió algo dentro de mi mismo, que sin haber tenido en mi familia ningún profesional, ni médico, me indujo a la medicina. Mi familia es católica y por lo tanto tenía un ambiente chileno-inglés; partí con una moral algo sajona podría decir, no luterana. Mi padre era protestante, y él cedió quizás, ingresó a la religión católica para poder casarse, mi familia era reducida, (yo) tenía dos hermanas, después tenía una. El hecho de haber sido el único hombre y el primer varón en la familia de mi abuelo, me dio cierta responsabilidad de entrar a la universidad, de ser una persona responsable. Los años en la escuela militar me formaron desde el punto de vista de la disciplina, de la responsabilidad, de la honorabilidad, de la solidaridad, del compañerismo y conocer una institución por dentro, cosa que en absoluto se puede lograr si no está inmerso uno en el ambiente... (Creo que) Tuve mucha suerte porque elegí el camino adecuado, pero pude haber elegido el camino torcido. Ahora, en eso yo creo que Ud., como psiquiatra o metido en el área de la psiquiatría, sabe que hay algo genético o sea, que hay una predisposición hacia algo que en un momento determinado lo impulsa, si las condiciones se dan en uno u otro sentido, o sea, no son sólo las condiciones ambientales las que generan problemas, hay un substrato propio.

Arg-010-Neutral: Nací en la capital federal, en Buenos Aires, en el año 46. Provengo de una familia típica para este país: dos personas dispuestas a formar una familia con sacrificio, trabajo. No había profesionales en mi familia. Mi padre era un obrero. Mi madre ha sido obrera también y después de un tiempo de sacrificios, cuando yo ya tenía unos 7 u 8 años, ella se dedicó prácticamente a cuidar el negocio de mi padre, mientras mi padre se ocupaba de las tareas prácticas... Pero bueno, elegí la medicina por un placer interno difícil de explicar; es como si fuese la idea, es más o menos como que es algo para mí más que para los demás. No es para la sociedad que soy tal cosa, sino que lo hice por mí, para mí, porque me sentía bien, pensaba que me iba a sentir bien haciendo esto... Mis padres siempre desarrollaron varios valores que son básicos en el hombre, la idea de lo que es la voluntad de sacrificio, la idea de lo que es el premio y castigo, lo que es bueno y es malo; en la práctica, no sólo en lo verbal sino en la práctica. Realmente creo que he sido un buen discípulo de ellos y creo que lo intento hacer con mi hijo de la misma manera; tal vez no tan bien porque me falta la candidez con que ellos desarrollaban esta función docente...

Urug-016-Oposición: Nací en Montevideo, en pleno centro de la ciudad. Provengo de una familia muy humilde de emigrantes españoles que venían a trabajar aquí, a sobrevivir. Mi padre era conductor de tranvía, mi madre era enfermera. Así de alguna manera se generó un vínculo con el tema de la salud a través de mi madre y supuestamente un deseo casi instintivo de hacer el bien y de procurar lo mejor para el prójimo. Yo puedo definir mi inclinación por la medicina como claramente vocacional, muy de causa efecto, es decir, tratando de resolver problemas en cuanto a mejorar la situación del prójimo. Fui a la escuela pública, liceo público, preparatorio público, ingresé a la facultad (de medicina), tuve un curriculum regular hasta el ingreso a la facultad, donde tal vez por maduración, tal vez por mejoría en mi capacidad de estudio, tal vez porque realmente había conectado mi vocación: tengo un desarrollo brillante, excelente, me gradué con las mejores calificaciones, en concursos internos logré un lugar muy importante. Ya una vez recibido, me perfeccioné en el área de tratamientos intensivos donde trabajo desde 1970, hasta el momento actual, ese es un resumen.

Arg-019-Joven: Bueno, yo pertenezco a un hogar de clase media que en una época era muy numerosa: de origen judío, lo cual le confiere ciertas características, que en general (son) de mucha afinidad o con lo comercial o con lo intelectual. Por lo cual, ser universitario era una parte de la educación, de la formación que se descontaba: Así como uno hacía el primario y el secundario, también tenía que ser universitario. Nací en Buenos Aires, en el cono urbano, viví aquí e hice toda mi formación viviendo en el cono urbano, siempre en escuela pública...

**Recepción estructurante:** la línea argumentativa en la presentación personal de los entrevistados se centró, como era de esperar, en las razones para elegir la profesión y en los aspectos morales de la educación. Con respecto al primer tema las respuestas variaron desde el deseo manifiesto de reparar ex post un golpe del destino en la familia (una hermana falleció muy joven de diabetes), o de considerar la profesión como coto privado (donde me puedo sentir bien), hasta la referencia a una cierta tradición familiar (la formación universitaria como parte de la educación), pasando por la actitud de estar al servicio del prójimo. Con respecto al segundo tema hay sobre todo referencias a la socialización primaria dentro de la familia y al implícito valor rector de los padres. Uno de los entrevistados se expresa directamente sobre la importancia de una institución normativa por excelencia, como lo es el ejército, y en una corta digresión se extiende sobre materias tales como las condiciones ambientales y los factores genéticos.



## SEGUNDA PARTE (GENERAL):

**-Aspectos globales (Opiniones sobre violencia en el contexto social e histórico):** El tema se planteó en términos muy amplios, en tanto que, ya desde los años cincuenta, la violencia ha sido un ítem constante de referencia en los medios de comunicación masiva en la región.<sup>11</sup> La pregunta se refería globalmente a América Latina para separar a los entrevistados del contexto local y darle a sus respuestas una mayor amplitud de miras.

*Pregunta 1.- Se dice que en América Latina la violencia forma parte de la vida cotidiana, considerando las diversas formas que toma ella. ¿Concuerda Ud. con esta opinión?*

*Pregunta 2: ¿Recuerda Ud. alguna situación de violencia de su infancia y adolescencia?*

Chi-019-Pro: Conozco bastante América Latina y a través de mis cargos me ha tocado visitar, estar en reuniones de colegas a través de la Oficina Panamericana de Salud y la verdad es que, sin ser orgulloso porque a lo mejor me equivoco, pero yo pienso que Chile no entra en esta esfera. (Quizá) tendremos mucha influencia alemana, probablemente sobre todo la gente del sur de Chile y conocemos, ¿no es cierto? un poco lo que pasa en Argentina donde la ascendencia italiana es tan fuerte y el italiano tiene un temperamento... o las condiciones climáticas probablemente son importantes también. Se nos dice a nosotros, chilenos, ingleses de América. La verdad es que yo tengo una percepción en ese sentido, la (que se expresa) en una anécdota relativa a la reacción frente a situaciones conflictivas, creo que es de este orden: hay un puente sobre el cual puede transitar solo una persona, cuando deben hacerlo dos ingleses, se saludan y se quedan ahí conversando hasta que resuelven el problema, después dos italianos se gritan hasta que uno se da por vencido, entre los dos españoles no hay cambio de palabras, se van de inmediato a los coscachos... Tenemos sangre española sin lugar a dudas, pero a pesar de eso yo diría (que entre nos) dentro de todo no pasa nada.

Chi-013-Neutral: La vida de provincia es absolutamente bucólica, lo que he visto después acá con terrorismos y todo: con signos prestados, nada que ver! Recuerdo que el año '54, '55, hubo una manifestación porque habían aumentado el precio de los buses, contra Ibáñez, botaron un par de postes ahí en Alameda, esos son los únicos recuerdos de violencia que tengo.

Arg-022-Oposición: Sí, yo tengo dos fuertes impresiones de la violencia en la infancia. La primera, fue el día del golpe de estado (en que) derrocaron al general Perón, Julio del 55. (De) todas las situaciones de violencia, yo tengo un recuerdo

casi fotográfico de (las) secuencias de ese día, que van desde el dolor terrible de la gente en el barrio, llorando en las calles, abrazándose; mi padre que trabajaba en el centro de la ciudad; mi madre que nos lleva a nosotros a buscar a mi padre al centro; la gente saliendo de la boca del sub con sangre en la cabeza (o en) el cuerpo; (los) que venían de los bombardeos de Plaza de Mayo. (Era) una situación de violencia combinada, donde estaba la violencia expresada en las agresiones físicas, en este caso eran bombas y una situación de despojo moral que llego a vivir en la mañana siguiente en la placita de la vuelta de mi casa. Era una placita de barrio muy chiquita, como un triángulo, tenía los juegos, algunos bancos y (además) tenía un cartel en los juegos (junto a Eva Perón) que decía "Los únicos privilegiados son los niños". A la mañana siguiente del golpe de Estado, en medio de la perplejidad, todavía la gente hablando en voz baja, (como) incidencia recuerdo un tanque que con una cadena ató el cartel y (con) la misma cadena al busto de Eva Perón, arrancó los dos y los paseó por todo el barrio.

Urug-07-Joven: Desde los 13 años juego al rugby no sé si lo conocés un juego particularmente violento pero es un deporte, a nivel de violencia digamos social o callejera. Sí ver, sí, sí he visto pero en la calle por problemas de auto o en la etapa digamos cuando comencé la universidad por problemas dentro de la universidad en un momento en que todavía en este país todavía había dictadura, pero tampoco llegué a tenerlo tampoco en un momento donde hubiera lucha digamos callejera o lucha de ningún tipo en ese aspecto, no.

**Recepción estructurante:** en tres textos de entrevistas se niega terminantemente la presencia directa o subrepticia de violencia en la vida cotidiana. En tanto que una de las personas alude a la apariencia casi bucólica de la vida cotidiana en Sudamérica, otra hace referencia a algunos rasgos determinantes de la idiosincrasia de los habitantes de una nación, y la tercera se apoya en la mención de muchos sucesos menores ("en un momento en que en este país todavía había dictadura"), los que sin embargo para él como espectador no tuvieron mayor significación. Únicamente en una declaración se abordó en detalle un acontecimiento sociohistórico pleno de señales de violencia.

También al principio se preguntó sobre recuerdos de los propios encuentros con situaciones de violencia, a fin de que estas tomas de posición personales no se contaminaran con las respuestas a la preguntas específicas.

*-Describe, por favor, las reflexiones que han provocado las situaciones de violencia que Ud. observó.*



Arg-040-Pro: Tengo la sensación de que, cada vez que se ha intentado por la vía de la violencia o de la organización fáctica soluciones –con ideas incluso de acelerar los procesos, porque nosotros no hemos tenido suerte en ese sentido–, más bien hemos ido más para atrás que para adelante. Acá la expresión más grande de violencia que ha habido en la Argentina ha sido la subversión que produjo en todos los órdenes donde se le colocó mucho más daño y retroceso que el lento proceso de una sociedad en gran transformación, para mí acá hay un tema. Me refiero a la subversión que empezó en la Argentina en los años 60, que tuvo dos troncos centrales, la izquierda peronista montonera y la izquierda revolucionaria trotskista, que fueron los montoneros (y el PRT-ERP), el tema de los Tupamaros en el Uruguay y el tema de la subversión en Chile, que Ud. conocerá mejor que yo...

Urug-046-Neutral: Yo, yo vivir violencia no, pero sí violencia ciudadana. Bueno, yo le digo que he tenido una vida muy tranquila. En realidad me he dedicado a mi profesión, a mi familia, tengo varios hijos; actualmente el doble, porque están todos casados. Yo no puedo decir que haya tenido violencia, sí hurgando así no tengo ningún inconveniente en decirle a usted que durante el período de, le llamaríamos la revolución o la guerrilla ciudadana –71, 72– eran revolucionarios casi todos y a mí los estudiantes me querían mucho. Yo me acercaba mucho a ellos y tenía una muy buena relación con todos ellos. El voto de los estudiantes siempre lo tuve, pero eso no fue obstáculo para que un día me secuestraran. Un día me secuestraron: Yo llegaba al hospital y ya me conocían ellos, precisaban motorizarse. Llego al hospital con mi auto, voy a bajar y me amenazan con un arma. No, perdón, primero me dicen que vaya a ver un enfermo con uno de ellos, que estaba no sé donde y yo dije no, no, yo ahora vengo a clases, no tengo tiempo y me trancaron la puerta y me amenazaron con un arma. Me hicieron conducir y luego me alejaron bastante de acá. Me hicieron bajar del auto y que caminara junto con otros dos, con la compañera de ellos y otro que me encañonaba a 30 metros atrás y así caminamos durante horas y ellos se llevaron mi auto para hacer uno de esos atracos que hacían. Y luego de noche me llamaron diciendo que todo lo pagaba la organización, si había algún desperfecto, que el auto estaba en tal lugar, aunque ahí no estaba, sino cerca. De noche no encontré el auto, pero después sí, todo perfecto. Vino la policía, yo había denunciado el hecho, porque ellos mismos me dijeron que lo denunciara y encontró un cargamento de balas y encontró que habían transportado alguna persona ahí en el auto, conocida qué sé yo por los servicios de control de la policía y eso sería el hecho más heroico de mi vida. (El) que digamos ni me asustó ni nada, porque eran los mismos chicos que yo veía sentados en el aula. A ellos no los conocía, eran de otras facultades, pero eran de la edad y el diálogo con ellos fue más bien en las clases. Yo discordo de ellos porque respeto la historia del país y a lo que yo había llegado sin haber tenido respaldo económico

importante. Yo creía que nuestro país había que cuidarlo y bueno esas cosas. Pero entonces nos comprendimos muy bien... Tal es así que terminamos entonces en un café. Ellos me convidaron porque yo estaba cansado de caminar me convidaron a sentarme al café y siguió la charla ahí hasta que nos separamos... En esa época, había muchos médicos que les había pasado eso por lo del auto. Ellos elegían un auto común, mire mi auto no era en absoluto espectacular. Así me lo explicaron ellos cuando yo me bajé, cuando me hicieron bajar. Puede parecer increíble, no me sentí molesto, me pareció que era el momento que vivíamos, que a mí no me iba a pasar nada, a pesar de que en un determinado momento yo hice no sé que clase de gesto y me amenazaron pensando que tenía un arma, fue evidente que había una tensión para ellos, claro, ellos andaban con armas. Eran Tupamaros.

Arg-04-Oposición: Yo creo que hay un cambio progresivo hacia la violencia. Es difícil especular desde cuando, pero, en cuanto a mi persona, yo creo que la principal cosa que me empezó a conmover a mí como hecho de violencia es cuando se instaura el Proceso, o quizás un poco antes, porque ya estaba la cosa preparada a partir del '75, antes no. Mi juventud era ir con grupos de amigos a pueblos cercanos y a veces volver caminando si es que no andaban los vehículos, es decir uno no tenía sensación de peligro inminente como ahora, muchas veces al salir de noche uno nota esa sensación de peligro, ahora. A partir de cuando el estado institucionaliza la violencia ahí sí uno lo ve, porque además se produce casi una escalación y yo la viví terminando mi residencia en XX y XX era una zona de gran violencia, entonces tenía compañeros y de repente desaparecían y se conocía que los habían asesinado, porque la medicina fue una de las especialidades que se vio involucrada por (su) tendencia humanista. Entonces eso quizás fue el primer contacto con la violencia institucionalizada.

Chi-049-Joven: En realidad yo diría que eso se remonta más bien a mi época de universidad porque me acuerdo de situaciones caóticas vagamente en el período del 73. Tenía alrededor de ocho o nueve años y prácticamente no tengo mucho recuerdo de esa época. Pero después me tocó vivir en la época universitaria y la época de transición, que fue una época bastante irregular en la cual había grandes manifestaciones y se cerraba la universidad. Pero en realidad fue un período corto el que me tocó vivir y posteriormente ha sido más bien un período tranquilo, de organización.

**Recepción estructurante:** de cualquier modo, en los tres países la violencia al parecer no puede erradicarse del horizonte de percepción. Mientras la primera persona la caracteriza como una lacra social, ubicándola con convicción en la insurgencia, la segunda relata su rapto por los Tupamaros (movimiento revolucionario uruguayo), donde todo pare-



cía transido de amenazas pero que sin embargo transcurrió amistosamente. Las dos últimas personas se refieren en forma expresa a la violencia organizada; una recuerda la institucionalización progresiva de la violencia en todos los asuntos de la vida y la contrasta con una juventud libre de preocupaciones, y la otra vuelve la mirada a una época en la universidad que estuvo totalmente ensombrecida por lo habitual de la violencia; debido a condiciones generacionales, la vida se normalizó para ella apenas en los últimos años.

Y, como culminación temática de este transitar por opiniones acerca de la violencia en el contexto social e histórico, los entrevistados fueron confrontados con la siguiente cuestión:<sup>12</sup>

*Si Ud. oye la frase "La violencia es la partera de la historia". ¿Despierta ella en Ud. alguna asociación específica?*

Chi-040-Pro: Yo pienso que el ser humano lleva, dentro de su composición psicológica ancestral, el primitivismo y pienso que la civilización lo que ha hecho es frenar ese primitivismo, obligando al ser humano a enmarcarse dentro de ciertas normas. Esas son absolutas elucubraciones personales, o sea es la sensación que uno tiene leyendo sobre antropología y conociendo lo que ocurrió en la época prehistórica, donde el hombre actuaba con instinto y la supervivencia consistía en ser más agresivo, ya sea para defenderse de su homónimo o para conseguir alimentación.

Urug-046-Neutral: La violencia, partera... Sí por supuesto, sí se refiere a las obras que se hacen por la violencia, ellas después quedan. Creo que tienen razón si se refiere a que las obras más grandes de este país se hicieron en períodos militares, las más grandes obras públicas: carreteras o puentes o represas. Tal vez sea así... Cuando se hizo la más grande represa que tenemos acá dentro del país, la había hecho un dictador, que era un dictador no violento, tanto así que (la época) se etiquetó como la dictablanda y no la dictadura de Gabriel Terra. Él era colorado batllista. Y una vez que estuvo en el poder, se declaró dictador y él hizo la represa. Cuando él fue, digamos, alejado del poder, hubo personas de los partidos que habían estado en el ostracismo que propusieron dinamitar la represa, nada más que porque había sido hecha por el dictador y eso no es justamente hacerle un bien al país. Eso es encono ¿verdad? Yo soy nacionalista, se da cuenta ¿no? Tanto que va o que venga, lo importante es el país.

Chi-07-Oposición: Bueno, soy enemigo de simplificar en extremo la vida de los seres humanos tal como pensar, como los marxistas dicen, que toda la historia

es una lucha de clases. Pienso que es de un simplismo extremo, así como también pienso que esto de plantear que la violencia es la partera de la historia también me parece una simplificación extrema. Sitúa, y estoy de acuerdo con eso. Sé que lo dijo Heródoto, pero es una simplificación extrema. El hecho de que lo haya dicho Heródoto es como pensar que todo lo escrito por Miguel de Cervantes sea estupendo, o sea, Miguel de Cervantes escribió el Quijote, fantástico, maravilloso, pero también escribió otras cosas que no tenían trascendencia.

Urug-016-Oposición: Bueno, la violencia impregna las sociedades, yo supongo que esa frase se refiere más a un hito categórico que a la violencia cotidiana. Indudablemente que todos los hechos violentos dejan una transformación en la sociedad. Incluso cuando esas violencias se desarrollan a niveles muy limitados, como puede ser, digamos, un esfuerzo (parcial) por cambiar una realidad social, siempre deja un sedimento. Yo no estoy abriendo juicio si es mejor o peor, deja un sedimento que apunta a cambios. Lo vivió toda Latinoamérica durante una década con una concepción violentista del cambio social y que dejó, luego de un tránsito muy amargo, muy doloroso para toda Latinoamérica, un cambio de la realidad política que es innegable, cambió el planteo de los que apostamos al cambio, apostamos de otra manera más civilizada, más democrática, nos ha sido provechoso el sufrimiento a través de la violencia engendrado como acción y reacción. Se aprovechó como experiencia vital, como comprensión de que la realidad es muy difícil de modificar a través de la violencia, por ejemplo guerrillera. un (proyecto) demencial como sucede ahora en Perú. Uno se encuentra hasta sorprendido de lo que está pasando, (pero) si nos ponemos a analizar, pasó en Argentina, pasó en Uruguay, pasó en Chile, con diferencias de tiempo pasó en toda Latinoamérica. Tú me decías que las situaciones no fueron comparables, que fueron todas distintas, sin duda, pero que hubo un clima de violencia distribuido por toda Latinoamérica con diferencias cuali y cuantitativas, sí.

Chi-049-Joven: En realidad, creo que la violencia se genera cuando llegan situaciones que ya no se han podido resolver de otra forma y explotan simplemente, entonces se producen cambios bruscos, inmediatos, producto de la violencia, pero no creo que sea el camino bueno, que sea la violencia que produzca los cambios históricos.

**Recepción estructurante:** tal postulado (la violencia como catalizador social) despertó reacciones muy diversas entre los entrevistados. El primero destacó el potencial de agresión que existe en principio en el ser humano y trató de fundamentar esa opinión con argumentos antropológicos; el segundo se explayó sobre las obras que surgieron



bajo circunstancias de represión social y no disimuló su admiración por esos logros; el tercero se mostró indignado por una tal "simplificación extrema"; el cuarto se refirió al efecto de la violencia en el conjunto social (la violencia atraviesa las sociedades) y dedujo consecuencias para su comprensión personal de la historia (es muy difícil cambiar la realidad a través de la violencia); la última opinión reconoció a la violencia como posible catalizador en conflictos que no pueden solucionarse de otra forma. Sólo el indignado tercer entrevistado y el representante del Grupo Joven le negaron a la violencia la virtual función de partera de la historia, los otros tres no la objetaron en absoluto.

### TERCERA PARTE (ESPECIAL)

En el siguiente bloque de preguntas se trató de acceder en forma sistemática a la dimensión personal frente a la situación social durante el gobierno militar.

*Ud. recuerda la época en que los militares accedieron a la dirección del país ¿Cómo percibió entonces la intervención militar?*

Chi-019-Pro: Mire, yo parto antes. Si en algún momento vi violencia y con una preocupación enorme fue justamente durante el gobierno del presidente Allende. Yo no creo, era colega nuestro, que fuera esa una política de gobierno sino que (producto de) la introducción de algunas influencias extranjeras muy fuertes, muy revolucionarias y que provocaron que aquí en esta zona un temor tremendo que venían los (trabajadores), gente buena porque yo la conocía antes, que venían envenenados. Se tomaban el centro de la ciudad y los slogans eran sangre y fusil. O sea habían frases, actitudes de violencia que fueron tomando mucho cuerpo y dentro del pueblo mismo se produjo una polarización muy fuerte y por eso el año '71 vencieron con la primera mayoría los de ese sector llamado democrático en esa época, en contra lo que era la Unidad Popular, (la que estaba) en una búsqueda de la dictadura del Proletariado, porque hacia allá se iba. Era poder con muy mala formación entonces, era un riesgo de tal manera que yo tengo la percepción muy clara y muy objetiva de que el pronunciamiento militar no fue una obra que nació del gobierno militar en Chile, fue pedida por la gran masa, por el 80% se decía de la población. En esa época yo era ya médico de la (FF.AA.) y sé que a los militares les tiraban trigo maíz, porque eran gallinas que no eran capaz de parar eso y en el pronunciamiento militar hay algo que es distinto a un golpe militar con afanes de poder. (Quienes lo desconocen) como que no tienen la percepción muy clara de lo que ocurría.

Arg-040-Pro: Diría que el único tema importante que vislumbro de esto, ha sido el tema de la lucha contra la subversión que se lo llama ahora el terrorismo de estado. Para mí, si la Argentina no hubiera tenido esta guerra no declarada, hubiera ido a un estado de disolución, no hago un juicio de valor, ni pretendo hacer un juicio de valor sobre los (actos) ilícitos que el gobierno militar cometió, ni tampoco una alternativa de funcionamiento de cómo erradicar este problema dentro de la sociedad. Seguramente a mí me hubiera gustado una estrategia diferente, no sé como. Bueno, tengo el recuerdo de que el 95 por ciento y pico de la sociedad adhería a la tranquilidad que se recuperaba en la vida de la sociedad, es decir, que disminuyeron sustancialmente los atentados, disminuyeron sustancialmente las muertes, los secuestros... Tengo la sensación de que la sociedad argentina supo desde el primer día de que esto se inició con anterioridad a la toma de gobierno por parte de los militares. No sé si un año o un año y medio antes de esto, empezó diría que con la declaración no explícita de guerra a los Montoneros que hizo Perón cuando los echa de la Plaza de Mayo y a partir de ahí empieza la guerra sucia...

Arg-010-Neutral: Digamos que el período previo fue casi –yo no lo vivía diferente de lo que lo puede haber vivido el común de los argentinos–, que era casi como (frente a) la esperanza. Estamos hablando del año 76, de que una nueva revolución podría cambiar todo. Claro yo era más joven e interpretaba también esto, cuando vino la revolución creo que fue un altísimo porcentaje de la población, entre ellos yo, que creíamos que íbamos a encontrar algún tipo de camino porque además se estaban dando en la región otros gobiernos militares, y como es casi común en Latinoamérica, se pasa por períodos de democracia a períodos de gobiernos de facto, pero casi todos cumplen ese período y todos al mismo tiempo.

Urug-046-Neutral: Sí, recuerdo, recuerdo que había un descreimiento, una decadencia de todo, verdad. Todos decaíamos, todos protestábamos contra todos y los únicos que se mantenían firmes fueron las dos tendencias que prevalecieron. Los militares por un lado que dijeron: hay que hacer esto y lo hicieron al principio bien, y después, cuando se estabilizaron en el poder, perdieron su línea y lo que tenían que haber hecho es haberse ido y haber dejado que volviera el orden civil. La intervención militar fue necesaria, yo creo que era necesaria, no sé... las cosas que pasan después, cuando se desata la fuerza, de lo que yo no puedo hacerme responsable. En una cosa que creí, que creí: vi un país ordenado y dije así debe ser el país, pero eso duró poco. Yo he visto nacer muchas cosas bien y morir mal...

Urug-016-Oposición: Era un clima sofocante. No sé a qué específicamente te refieres ¿Cómo lo percibí yo? Como que se había polarizado la sociedad, la sociedad no tenía opciones, tenía que estar de un lado o del otro. Eso es la percepción



(global), todos nos sentimos tomando parte de alguna manera, pero muy comprometida con la realidad. Es decir, o se estaba por el cambio social o se estaba contra el cambio social, no quedaban muchas opciones. Creo que sufrió un gran desgajamiento la sociedad. Después se vio incluso en cómo se ejercitaron las prácticas de represión, fue muy dura, muy sanguinaria, muy terrible. Mezclado a eso había un gran trasfondo de angustia, como que se veía que la violencia convivió con nosotros durante muchos años, porque o era la bomba de la derecha en la casa del colega, o era la bomba de la izquierda en la casa de un ministro un militar, o un intento de copamiento o de ametrallamiento. Se convivió mucho con la violencia, fue muy terrible y además se veía que in crescendo el tema militar venía como rodeando y cercenando el parlamento. Es decir, se veía llegar el golpe de estado y el golpe de estado fue un hito, estuvimos en contra del golpe a pesar de que incluso la izquierda tuvo actitudes poco principistas, porque se debió apostar a defender la democracia. Sin embargo, de alguna manera se dejó entrever que se apoyaba a los militares, porque los militares arribaron con un discurso muy progresista. La izquierda: me refiero al Frente Amplio, eso fue después motivo de una autocrítica, de una revisión bastante enérgica sobre la postura del Frente Amplio.

Chi-016-Oposición: El golpe militar... me afectó, el año 73, en forma muy directa y desde ahí hubo un cambio tremendo, bueno, de partida... estuve detenida. Yo era docente universitaria, tenía ocho horas, con dedicación exclusiva en la Universidad. En el Hospital XX se vivió una crisis muy fuerte por el paro médico del año 73 (en oposición al gobierno Allende, antes del golpe de estado) en que se produjo una polarización espantosa, tremenda. El resultado (posterior) de esto fue que (después del golpe de estado) hubo muchos detenidos. Lo que puedo contabilizar en forma precisa, es que fuimos ocho detenidos, entre médicos auxiliares y alumnos, de los cuales cinco aparecieron muertos, entre ellos el jefe de personal, que era un sacerdote, dos están desaparecidos, que son un alumno de medicina y una auxiliar y la sobreviviente soy yo... Eso en resumen, tiene que haber habido más, pero ése es el resumen del Hospital XZ, en él la cosa fue muy violenta, hubo mucho odio... Fue una cosa no solamente política, sino que tuvo que ver algo con que algunos médicos, soportaron mal la idea de que otros médicos no hubiéramos ido al paro... Creo que ahí hubo algo en la cosa médica, hubo algo que debería estudiarse más profundamente, porque el gremio médico se dividió y nos persiguieron tremendamente... Nuestros verdaderos persecutores fueron los médicos, más que los militares, o sea, los militares sólo fueron los ejecutores. Fue una persecución de hecho, en el sentido de la detención y posteriormente la exoneración, indudablemente por ejemplo, el director del hospital permitió que entraran al hospital y permitió que se dieran los nombres... Una de las argumentaciones que usé con el oficial con el que estuve detenida —es una dinámica personal muy espe-

cial— era de que no tenía resentimiento contra él, puesto que el nombre mío tenía que habérselo dado un civil y que los que estaban mandando eran los civiles, cosa que a él lo puso muy molesto y creo, que fue uno de los factores para que en definitiva no me ejecutaran... Estuve en un sitio de detención un día, era un sitio eriaz, en un lugar al que, teóricamente me llevaron para ejecutarme... Me salvé porque fundamentalmente le caí en gracia al oficial, en resumen —porque es una cosa tan larga—, pero de ahí no volvió nadie, volví yo no más, lo cual no es muy grato, o sea, es grato y no es grato, deja su marca indudablemente. A mí me fueron a buscar personalmente al laboratorio en que trabajaba a las tres de la tarde. En el sitio me encontré con otra gente, con los dos detenidos desaparecidos. Parece que hay uno que acaba de aparecer y acaba de ser reconocido, ahora recién en esta semana, un alumno. Yo pertenecía al YZ, era un partido de izquierda, dentro de los que apoyaban a Allende y mi actividad política, mi actividad fundamental en el Hospital, era realmente de trabajo de tipo docente y asistencial, muy intenso. Diría que lo político dentro del Hospital fue luchar contra el paro médico intensamente y dirigir un grupo en que estábamos los médicos, los profesionales paramédicos, los auxiliares, los alumnos que eran muy poquitos. Actuábamos en conjunto para hacer que el hospital funcionara, cosa que logramos en la parte asistencial y en la parte docente y eso generó un odio, pero espantoso... Eso fue mi móvil fundamental. No había otro tipo de actividad en el Hospital, todas las cosas que se dijeron del hospital clandestino, del plan “Z”, todo era absolutamente falso.

Urug-07-Joven: Yo tenía 11 años. Recuerdo que mi madre me despertó, me dijo: hubo golpe de estado, yo no entendía lo que era, yo no fui a clases durante un mes, yo no tuve clases durante dos meses, ni contacto con (consecuencia alguna de) el golpe de estado.

**Recepción estructurante:** la primera pregunta sobre los sucesos acaecidos durante el gobierno militar abrió espacio a un contexto de vivencias que al parecer concita el interés de la gente hasta hoy en día. La primera respuesta centra la violencia social y los conflictos resultantes en la época anterior a los militares e infiere de allí la explicación de fondo para el “pronunciamiento militar”; ya que frente a los pésimos gobernantes que había en aquella época (antes de golpe), a los militares no les habría quedado otra alternativa. En la segunda respuesta puede percibirse un orden de ideas similar, sin embargo aquí no hay referencias a procesos sociales, sino únicamente a elementos sociales atomizados (insurrección, terrorismo de Estado, guerra sucia) sin relaciones históricas entre sí, y se hace relación a un fin concreto: lograr la “tranquilidad social”. El tercer declarante se escuda en el argentino promedio, el que en su opinión alimenta-



ba la esperanza de que “una nueva revolución podría cambiar todo”, y apunta a una cierta naturalidad en la alternanza entre intervenciones militares y períodos democráticos. Para la cuarta declaración la intervención militar triunfante significó la victoria del más fuerte y mostró la ley del momento, y hubo que adaptarse a ella ya que “la intervención militar fue necesaria”. En el quinto texto de entrevista pueden encontrarse alusiones a la polarización de la sociedad, a lo ubicuo de la violencia y al efecto de confusión general causado por esas circunstancias; la represión militar que surgió de esos factores se califica como muy dura. La sexta entrevista describe su involucración personal en los días posteriores al golpe, y la atribuye al hecho de haber sido la única sobreviviente de un grupo de ocho personas que fue entregado a los militares por sus propios colegas, como elementos peligrosos, por causa de su empeño (en tiempos del gobierno democrático) en querer proseguir con sus actividades clínicas pese a la huelga de médicos; los militares los asesinaron a todos menos a ella. Todavía hoy, veinte años después de esos hechos, ella enfrenta las secuelas de esos días, para ella su propia salvación sólo puede entenderse como obra del azar (“Me salvé... porque le caí en gracia al oficial”). La séptima declaración corresponde a una persona de la nueva generación que en aquella época no entendió nada y a quien sus padres mantuvieron sobreprotegido y distante de cualquier efecto directo.

*¿Qué impresiones tuvo Ud. de los primeros años de gobierno militar?*

Chi-019-Pro: O sea, primero hubo un ambiente de guerra civil, no tanto aquí en provincia sino en Santiago, mi cuñado era coronel de las FFAA., en esa época era capitán, realmente se vivió momentos preocupantes, se sabía de una milicia cubana importante, por ejemplo con francotiradores. Había un estado de guerra. Yo creo que lamentablemente, como una consecuencia de ese ambiente, hubo situaciones que después hemos sabido que son muy dignas de lamentar desde el punto de vista de los derechos humanos, pero le reitero, no pretendo justificar. Es porque uno ve cómo (actúan) los americanos en Vietnam, los cubanos y ahora mismo en Yugoslavia y cosas increíbles cuando se vive en ese ambiente de guerra. De tal manera que en el primer período, le reitero sin justificar, yo me explico muchos excesos.

Chi-013-Neutral: Diría (desde) el primer tiempo supe que hubo muertos porque hubo baleos por los dos lados, yo lo escuché, yo tenía que venir al centro y lo vi: se vivía con francotiradores disparando, en los primeros meses algo así como una guerra civil. La hubo, dos meses. Pero hubo una declaración de principios de la

junta militar, hermosa. Contaba un amigo inglés que estuvo por acá en esa época, que la habían discutido en el parlamento inglés la declaración como texto. Bueno, la redactó Jaime Guzmán.

Chi-016-Oposición: Bueno, las muertes fueron inmediatamente (después del golpe de estado). El primer tiempo fue de muerte fundamentalmente, o sea, la gente no volvía o se encontraba y desaparecía y el período de la tortura empezó bastante después.

Chi-07-Oposición: Entré a trabajar, gané por concurso, y justo para el golpe militar estaba de turno en el Hospital Militar, antes de recibirme trabajando como interno. (En ese hospital) viví además, una situación muy especial. Ahí llegaban soldados que contaban su experiencia. Llegaban heridos, es decir, se veía todo un ambiente de guerra, para mí eso sólo lo conocía a través de películas, a través de historietas, pero no me imaginaba una vivencia de esa magnitud y, por otro lado, lo que me choca a mí, porque yo soy enemigo de la violencia sea cual sea, no sé ni siquiera disparar una pistola de agua, soy enemigo absoluto de la violencia, yo no comparto la violencia de ningún tipo. De tal manera, me vi inserto de alguna manera trabajando y siendo estudiante, trabajando en una institución que estaba directamente vinculada al golpe militar y, por otro lado, de mi concepción que yo no podía aceptar la violencia. Paralelamente, en varias ocasiones cuando pasé por el (río) CC, veía cadáveres flotando, entonces obviamente esos cadáveres de alguna manera murieron por balazos que de donde venían, bueno, ya sabemos más o menos de dónde vienen.

Urug-07-Joven: Mi familia sí estaba preocupada. Yo vivía a la vuelta de la casa del Vicepresidente de la República. Por ejemplo, un contacto con la violencia, teníamos que tener cuidado porque éramos muy amigos del policía que cuidaba y nosotros le prestábamos revistas y me acuerdo de un momento en un, no fue un atentado directamente, digamos un hecho donde a él lo golpearon un grupo de muchachos que llegaron, probablemente era un movimiento que se organizó en ese momento y que panfletaron. Ése fue uno de mis primeros contactos con una realidad que había que yo no conocía más que de oídas. Por esto te digo que desde chico me interesaba informarme, siempre fui informado, pero ese fue uno de los primeros momentos de contacto directo porque el policía que era mi amigo y había sido golpeado.

**Recepción estructurante:** en relación con la primera etapa del gobierno militar, en todos los entrevistados se manifiesta una percepción de hechos masivos. El primero describe situaciones como de guerra civil ("se sabía de una milicia cubana importante"), pero no en base a una experiencia



personal sino a cosas oídas, y fundamentándose en eso intenta justificar “situaciones... que son muy dignas de lamentar desde el punto de vista de los derechos humanos”; como complemento a esa idea se remite a otros escenarios de guerra (Vietnam, Cuba, Yugoslavia) para hacer entender que “muchos excesos” son comprensibles. El segundo se mantuvo a reca-to durante esa época y sólo constató tiroteos frecuentes, pero en principio estaba de acuerdo con la declaración de intenciones de la Junta Militar “hermosa... la redactó Jaime Guzmán”. La tercera persona tuvo una experiencia directa y perdurable de asesinatos en su contorno. El cuarto entrevistado se vio, como médico del hospital militar, confrontado a una situación de violencia para él inconcebible y el quinto experimentó esa época desde la perspectiva global de su familia y a través de las repercusiones de una violencia omnipresente en su barrio.

*¿Tenían validez las versiones que circulaban acerca de torturas, muertes y “desapariciones”? Y ¿Cuándo tomó Ud. conocimiento de estos hechos?*

Urug-025-Pro: (¿Torturas?) Que dijeran, sí, pero no que pudiera constar, si quiere, mi convicción es que en la guerra se apela a recursos absolutamente inno-bles. Yo no podría hacerlo pero no sé si en la guerra, en el combate, no lo hubiera hecho, yo o cualquier otra persona, es decir no lo podría hacer, es decir, no creo por eso que no haya habido tortura. Simplemente que no nos consta fuera del relato de los propios pacientes, como no le puede constar a un juez, más que por el relato o por la vivencia.

Chi-019-Pro: (Entonces) se percibió un estado de guerra y, desapariciones, sí, se habló mucho desde el principio de desapariciones, pero ahí hay un problema difícil de explicar porque resulta que se ha visto que durante todo ese período había grupos de izquierda muy revolucionarios, donde toda la gente andaba con sus identificaciones alteradas, de tal manera que de repente en un enfrentamiento fallecía un fulano de tal, era ése y no era él, entonces ahí se producía una situación muy difícil de evaluar, lo mismo ocurrió con gente que arrancó del país y se fueron, eran desaparecidos por razones obvias a nadie le decían que se habían ido. Enton-ces, al hacer esta interpretación, uno decía son desaparecidos, son arrancados. Entonces era difícil poder darse cuenta cuál era la verdad de la situación después, yo diría que después se pudo percibir que los hubo, pero todos fueron al principio (víctimas de la confusión), si la verdad se dice...

(Por lo demás) a poco andar del año 74 estaba oyendo las noticias de la radio Moscú y me nombraron, me dedicaron un programa diciendo que yo firmaba los

certificados de defunción de fusilados y que dirigía la tortura en el fuerte que tienen los marinos allá... y la verdad es que yo nunca firmé ningún certificado de defunción y si de algo me preocupé fue del bienestar de los detenidos dentro (de las condiciones imperantes), muchas veces hice cosas por colegas míos, preocupado de su condición de salud etc., incluso ayudé a salir de ciertos lugares. Hay colegas que están ahora aquí tranquilitos y que estuvieron bien complicados en su época. Fueron detenidos en XX y después de no sé qué años salieron. (Además) ese lugar YY, yo no lo conocía. Entonces una calumnia absoluta. Ahí quedó, eso me lo han echado en cara hasta ahora y fue una calumnia entonces. Si me están calumniando a mí, decía yo, bueno, es probable que puedan calumniar a otros y después tuve otra experiencia que fue dolorosa. Yo era ya responsable regional de salud. (Me irritan) además todas estas acusaciones de tortura en el gobierno militar, ya que todos los detenidos tenían que ser examinados por un médico, al momento de la detención y posteriormente cuando eran llevados a la cárcel.

Arg-010-Neutral: La verdad sigue sin saberse y los objetivos menos... No, de que hubiese torturas no, sí, de que hubiese detenidos en los cuales se intentaba investigar las conexiones, pero mi experiencia personal al respecto demuestra que todas las personas que fueron detenidas de alguna manera estaban conectados con otras personas que pudieran haber tenido actitudes sospechosas. Está claro, no culpo a unos ni a otros: el poder lo tenían los militares y éstos decidían quienes sí y quienes no. Había una especie de orden forzado, para explicarlo de alguna manera, alguien estableció un orden y fuerza, pone los mecanismos para que ese orden se cumpla. No el orden que está establecido como un código para todos...

Chi-013-Neutral: De repente en el año '74, a comienzos, yo diría que cuando se forma la Dina, empezamos a tener informaciones un poco extrañas, incongruentes la cosa era que alguien sale tapado, disparar, falsos enfrentamientos y ahí empezamos a escuchar, de alguien se supo que había sido torturado, empezamos recién en ese momento con una cierta sospecha de que la cosa estaba llevando a usos inaceptables. Para mí fue el punto decisivo para transformarme en un combatiente de la pluma, por lo menos en contra de régimen el caso de la doctora Cassidy, una historia bastante dura, fue el '75 y llevó a que Inglaterra retirara al embajador. Los ingleses son muy prácticos, muy comerciantes y no como los alemanes. Si los ingleses retiran a su embajador es porque la cosa es sucia... De ahí para adelante me tocó ver pacientes, tener experiencias (propias).

Arg-022-Oposición: 3 meses y medio, casi 4 (lo pude experimentar en carne propia) Sí, todo eso lo has encontrado ya documentado, estuve en la brigada de San Justo, policía de la provincia de Buenos Aires. Te decían lo mismo que uno



podía leer desde afuera (sobre) el lugar: que estas desaparecido, esto es un agujero de la tierra, ese tipo de expresiones. Bueno, todo hacía entender que era una situación sin salida. P.: ¿Hubo formas especiales de presión psicológica? R.: Sí, las presiones psicológicas fueron fuertes durante esos 3 meses y medio, casi 4. Porque, entre otras cosas, ellos utilizaron mucho el hecho de que yo tenía la incertidumbre de si mis hijas habían sido o no prisioneras y ellos, por supuesto, trabajaron todo el tiempo demostrándome que efectivamente mis hijas estaban secuestradas. Bueno, ese tipo de presión psicológica no es tan fácil soportarla en un período tan largo y, lógicamente, hasta que yo no pude reencontrarme en la primera visita con mi familia, viví con la incertidumbre de que mis hijas estaban desaparecidas. Creo que debe haber pocos niveles de presión y tortura psicológica más fuerte que esto.

Chi-07-Oposición: En lo que me correspondió trabajar siendo dirigente del capítulo del Hospital XY, ocurrió una situación de gran violencia que no sé si Ud. la conoce. Es el caso de Sebastián Acevedo. Yo atendí a Sebastián Acevedo en el Hospital XY. Estaba de jefe de turno, fue por ahí por el 83: Me parece que yo recibí a Sebastián Acevedo y él me contó, él llegó completamente quemado pero estaba muy lúcido y me contó en esa ocasión. Me dijo: "mire primero". La primera reacción de él fue un poco de rechazo porque pensaba que yo era uno de los mismos contra los que él estaba protestando. Entonces le dije: "mire, yo soy médico, lo que me interesa es su salud, quiero que confíe en mí". Entonces me contó y me dijo. "Yo hice esto porque tengo a mis dos hijos, a mi hija y a mi hijo que están prisioneros en un lugar de la CNI (Central Nacional de Informaciones)." Y me describió el lugar, frente a PP, me dijo. "Ahí están presos y yo lo que quiero es protestar, porque nadie me quiere escuchar y para que dejen en libertad a mis hijos (es que) yo hice este acto." El nunca pensó matarse, tampoco (yo) le dije que se iba a morir porque en realidad estaba comprometido con más del 90 por ciento de todo su cuerpo con quemaduras, y eso es incompatible con la vida. Entonces él me entregó un tremendo testimonio de que lo que él hacía, lo hacía por sus hijos, bueno, y eso reflejaba un mundo que una gran parte del país desconocía, por ejemplo, que había presos políticos en lugares clandestinos, en lugares que no conocía nadie, que no eran los lugares habituales donde estaban los presos. Así esto estaba evidenciando una situación de violencia que era desconocida para la gran mayoría de los chilenos. Incluso le tomé fotografías a Sebastián Acevedo y en ese minuto le mandé una carta, que todavía conservo, al que era presidente del Colegio Médico de XY, el doctor XX.

Arg-019-Joven: Yo pondría el ejemplo del año 77, casi a un año del golpe, 10 meses, (entonces) desaparece un grupo de gente muy joven muy cercana a mi, amigos, entre ellos un primo, (éramos) primos hermanos. Nosotros sabíamos perfectamente de qué se trataba, que eran presos ilegales. Todavía no teníamos

conceptualizado que había campos de concentración, pero sabíamos que estaban en algún cuartel, en algún lugar, sabíamos que eran torturados y que esto no se iba a reconocer nunca. Además suponíamos con bastante convicción de que esta gente iba a ser muerta, que esta gente no retornaba y esto era muy difícil, por ejemplo, transmitírsele a los familiares de estos chicos. Estoy hablando de un grupo de gente de entre 17 y 20 años. Por otro lado, si nos acercábamos a transmitir algo de esto quedábamos sospechados como subversivos nosotros, porque la gente, los padres sólo excepcionalmente compartían los principios de los desaparecidos. Así que ahí había una barrera, donde se articulaba en este caso particular lo ideológico con lo generacional... (O en relación a otro grupo) Cuando empieza a desaparecer gente de ese grupo, como yo los conocía a todos, me preocupó por avisarles a los que todavía estaban, y recuerdo una chica de 16 años (a la que llamé), le vuelvo a avisar al otro (día), la chica sigue sin irse de la casa, la llamo al tercer día; ya los padres me atendían con desconfianza y (comunico) entonces que pasa esto y esto y que (ella) se tiene que ir ya de la casa, que es cuestión de tiempo y la chica me dice que estaba enferma en cama, en casa, una gripe, no sé qué cosa y que no se podía ir, porque ¿qué le digo a mi mamá? Ahí yo después no llamé más y esa chica desapareció hasta el día de hoy. Si uno piensa que el nivel de compromiso con la actividad política de esa chica puede haber sido haber ido a una reunión a hablar o a escuchar mejor dicho o haber recibido un periódico...

**Recepción estructurante:** confrontados con el grado de conocimiento personal sobre violaciones de derechos humanos durante el régimen militar, ninguno de los entrevistados las negó en principio, las respuestas están marcadas sin embargo por interpretaciones polifacéticas. De esta manera, el primero presenta la tortura como una posibilidad en sí, pero cuya virtual existencia sólo se basa en declaraciones de los afectados y por lo tanto excluiría una consideración "objetiva". La segunda declaración reconoció tangencialmente el que hubo desaparecidos e introdujo un juego argumentativo sobre cómo podía entenderse entonces la circunstancia de desaparecidos con supuesta falsa identidad; pero hace constar desde el principio una justificación para esos hechos: "(Entonces) se percibió un estado de guerra". El tercer entrevistado se mantiene a cubierto, pues la verdad definitiva siempre queda en las sombras, sin embargo, tiene constancia de la utilización del "rapidísimo castigo" en los interrogatorios durante esa época: es decir, sólo para descubrir la verdad sobre las conexiones de los detenidos sospechosos; él no emite ninguna acusación pues lo fundamental es ciertamente saber quién detenta el poder. El cuarto entrevistado se vio arrancado de su ecuanimidad en un determinado momento de los años 1974/75 ("Si los ingleses retiran a su embajador...") y poco



después tuvo que enfrentarse, como médico, con víctimas de la persecución. El quinto entrevistado hubo de soportar, en circunstancias de estar calificado como “desaparecido”, múltiples fases de desesperación y de resurgimiento de la esperanza, su relato —en amplios trechos sobrio— trae vivamente a colación esas experiencias y testimonia las atrocidades cometidas con él. En el ejercicio de la profesión médica, el sexto entrevistado tuvo oportunidad de entrar en contacto con uno de los padres marcados por la dictadura, después de éste cometiera un acto de desesperación (se prendió fuego) y así pudo conocer algo sobre los antecedentes de ese hecho. En el representante de la generación joven, la pregunta sobre la posibilidad de violaciones de los derechos humanos bajo el régimen militar da lugar a una serie de descripciones densamente vivenciales de hechos concretos que ocurrieron en su contorno inmediato; además el entrevistado aborda el silencio general sobre esos hechos en la sociedad (lo que no debe ser, no puede ser) y muestra con una serie de ejemplos las consecuencias de esa negación de la realidad de la época, para las personas directamente afectadas.

*¿Cuál era el ánimo con que desarrollaba Ud. las actividades de la vida cotidiana?*

Urug-037-Pro: ¿Vida cotidiana? Igual que antes, yo seguí trabajando en el hospital YY como médico RR, era jefe del departamento de XX y después la parte esa de la intervención. Era muchísimo lo que me llevaba de trabajo, pero no lo parecía. Durante una o dos tardes, era cuando yo destinaba a recibir a colegas, era difícil y le confieso una cosa: nunca solté tanta palabra cruzada como en esa época. Cuando venía un médico, siempre venía a pedir favor personal y a sacar una ventaja, era muy difícil que yo les concediera favores personales, entonces podíamos charlar de bueyes perdidos..., de fútbol...

Chi-040-Pro: Obviamente en un momento irregular, pero con un fin que era la normalidad o sea, construyendo para la normalidad. Esa era la percepción que yo tenía. Bueno, en un momento determinado surgió el cambio de gobierno (1973) y todos ofrecimos nuestra ayuda desde el punto de vista técnico, se formaron grupos de trabajos y se empezó, cada uno en su área y, en un momento determinado, el equipo que formábamos asumió la responsabilidad del Ministerio, como le decía de gran interés por la experiencia y de una entrega absoluta. Yo dejé la universidad, sacrifiqué mi vida privada y (hubo) momentos económicos muy difíciles, pero había un fin que era el país o sea, trabajábamos por el país chileno sin preguntarnos quiénes, ni cuántos, ni cómo. Había que ayudar a la gente que tenía menos, había que

buscar los mecanismos que permitieran que el país creciera, que la gente de menores recursos tuviera los medios básicos... El gobierno militar por el hecho de aplicar mayor drasticidad en algunas medidas, obligó quizás al país a funcionar en determinado orden, que yo creo, que si uno pudiera mantener el orden de funcionamiento en un régimen normal sería ideal, pero las cosas no se dan por la naturaleza humana, o sea todo factor de regulación se relaja. Creo que el gobierno militar puede quizás resumirse en que había un común denominador de pensamiento: los equipos técnicos estudiaban un problema, decidían una solución y la aplicaban; nadie dentro del equipo discrepaba o dejaba de estar de acuerdo en el momento en que la decisión se tomaba, o sea se tomaba oyendo la parte técnica y en esa dirección se iba, el único interés era el país. No había grupos que presionaban para, en un momento determinado, obtener un beneficio del país, personal o local o grupal. Era todo, bueno dentro del esquema, el que no funcionaba en ese orden, tenía que salirse...

Chi-013-Neutral: Diría que hubo ciclos: '73, '74, hubo una situación irregular anormal, de estar en un país ocupado, pienso que a la mayoría de los chilenos como que no nos afectó mayormente. La consulta funcionaba normal, el hospital funcionaba normal; después viene el año '75, '76, con persecuciones, amenazas, desaparecimientos, una cosa fuerte después; viene el boom del '79, con los petrodólares que llegan -yo me lo salté, pero alcancé a percibir el principio y el final- y que desaparecieron casi los atentados a los derechos humanos. A partir del año '83, para adelante, no, porque hubo todos esos levantamientos, la represión social y la represión volvieron... la inseguridad de nuevo. Ahí yo empecé a participar de una manera más activa en esta cosa a través de la prensa, me publicaban entonces como independiente. La familia estaba comprometida con la cosa de Pinochet..., yo escribía en contra.

Arg-010-Neutral: En los tiempos del gobierno militar yo era un estudiante universitario y no tuve ningún inconveniente, digamos que en la universidad estudié cómodo y diría que más cómodo que cuando estaba el gobierno democrático, no se interrumpían las clases, no existían actos políticos constantes, en fin, había cierto orden que permitía desarrollarse mejor.

Arg-04-Oposición: Sí, se sentía la violencia, el hecho de permanentemente tener que andar con documentos y saber de que tal o cual había tenido algún problema en averiguación de antecedentes, o por tener el cabello largo, o por tener barba, eso significaba un cierto grado de opresión que uno después lo comparó con otras democracias y se dio cuenta de esa falta de libertad.

Chi-049-Joven: Bueno, en realidad en el período en que yo empecé, había



una represión bastante grande en la Universidad. Entonces, la gente que tenía opiniones diferentes era absolutamente reprimida pero, poco a poco, esto empezó a cambiar y diría que lo favorable de eso fue que, poco a poco, la gente empezó a dialogar, aún teniendo opiniones muy distintas y, por suerte, hacia el fin de los siete años que estudié en la Universidad se lograron compatibilizar las opiniones distintas y la universidad se abrió a gente que tuviera opiniones diferentes; (me refiero a) la universidad de Chile, que fue una de las más combativas.

Urug-07-Joven: ...Por ejemplo en el barrio donde yo vivía había un club de bowling donde hubo una explosión y ahí murieron dos o tres señoras que trabajaban como empleadas del bowling y murieron dos muchachos de los que colocaron la bomba. El bowling es un deporte. Era un club en (un) barrio de que era considerado muy elitista y fue blanco de un atentado que lo voló totalmente junto a los jóvenes que habían ido a colocar la bomba y la bomba explotó antes. (Era una bomba) muy casera, murieron ellos dos y dos empleadas, dos señoras de la limpieza y eso fue en el año debe haber sido en el año 71. Yo tenía 9 años, pero me acuerdo de que sentí el impacto porque fue a tres cuerdas de mi casa, se rompieron vidrios alrededor de la manzana. Ir a ver, a mirar que había pasado, pero como una cosa totalmente ajena a mí.

**Recepción estructurante:** la vida cotidiana durante el gobierno militar se muestra bajo rasgos diferentes según de qué lado estuviera el entrevistado. La primera declaración pone de manifiesto una continuidad en el desarrollo del trabajo (incluyendo su propio nombramiento para la intervención militar del Colegio de Médicos), que habría exigido del interesado un fuerte compromiso organizativo; al parecer en esa actividad lo más problemático fue tratar con los demás médicos, quienes habrían acudido a él constantemente para solicitar favores personales. El segundo entrevistado dio curso a un informe general sobre esa difícil época en la que, no obstante, las actividades habrían tendido a una normalización; en su opinión en esa época se trató sobre todo de formular, ejecutar y evaluar programas, y las personas como tales estaban subordinadas a la gran empresa, todos tenían que actuar en concierto para sacar adelante el programa. El tercer entrevistado explica diferencias internas en esa época; a manera de fases, la situación era normal, menos normal y luego difícil, ahí se le acabó la paciencia y él inició una oposición activa. El cuarto manifiesta una clara disposición a subordinarse a estructuras de orden autoritario: así se podía aprender mejor (no más ausentismo) y desarrollarse mejor en general. Para el quinto entrevistado, en todas

partes se podía percibir un clima de inseguridad, también los múltiples factores de sospecha, que marcaban a personas como él, restringían enormemente la libertad. La quinta declaración parte de una situación básica de represión de todas las opiniones y actitudes divergentes, que luego evolucionó en una mayor aceptación de otras ideas. El sexto muchas veces presencié (sin mayor interés) actos de violencia en sus alrededores que sólo tenía que ver con los demás.

*¿Cómo veía Ud. la relación entre la sociedad y los medios de comunicación durante el gobierno militar?*

Arg-040-Pro: Creo que los militares nunca manejaron la información eficientemente. Esto no quiere decir que no hayan mandado mensajes, pero para mí había una incoherencia entre los mensajes.

Chi-019-Pro: Sin mayores conflictos

Chi-013-Neutral: Pregunta complementaria: ¿Creía Ud. en el valor de la palabra escrita? Yo creo que sí, fíjese, escribí mucho en la prensa, mucho sobre derechos humanos, sobre algunos aspectos de la obediencia debida, por ejemplo, demostrando la falacia de la pena de muerte, el exilio..., son todos temas que traté a través de artículos. Publicaba en el "Mercurio", tenía un amigo ahí y me los publicaban. Fui teniendo una especie de fan club de gente que me leía, creo que ayudé mucho, porque había gente que consideraba que (si bien) la intervención militar había estado justificada históricamente, decían: no podemos aceptar tales y cuales cosas (y) no tenían quien los guiara. (Había que) decidir entonces, o que yo era pinochetista o era comunista. Creo que (yo) di una visión como independiente, basada en principios y no en intereses, que puede haber servido de alguna manera.

Chi-016-Oposición: Era todo una farsa porque lo que se leía, se escuchaba, era una cosa y la realidad que uno vivía a diario, era absolutamente distinta, es decir, la mentira estaba institucionalizada. Creo que eso ha traído consecuencias incluso en nosotros, en la gente de izquierda. El país se acostumbró a la mentira, se acostumbró a una serie de cosas, al individualismo, tremendo, o sea, sálvese quien pueda y creo que en eso de alguna manera hemos entrado todos. Se produjo un cambio y esos cambios, que en algunos aspectos son irreversibles.

Chi-07-Oposición: Existían canales a través de la Iglesia, la revista "Mensaje". Todavía recuerdo aquella ocasión cuando leí un artículo en la revista "Mensaje" de



la Iglesia Católica en el cual aparecía –no me acuerdo si sería el 82 u 83, por ahí– en el cual se hacía una entrevista notarial de un ex CNI, en cual decía “yo torturé”; me acuerdo, de apellido Valenzuela. Entonces él contaba todos los crímenes y allanamientos –porque en ese momento había muchos allanamientos–, en los cuales decían que una serie de individuos morían en enfrentamientos y en el fondo eran enfrentamientos arreglados, formas de crimen más o menos organizado y eso aparecía documentado en un revista que tenía una solidez moral como la de la Iglesia Católica. Porque la Iglesia Católica no se iba a enfrentar a una aventura: lo que tenía que decir era de una solidez y como no era desmentido obviamente la gente lo leía y la revista circulaba y todos los documentos que de alguna manera tenían algún atisbo de oposición eran leídos profusamente por la gente. Creo que las revistas de mayor tiraje eran las revistas opositoras, revistas de gobierno prácticamente no las leía nadie, o muy poca gente.

Arg-019-Joven: Bueno teníamos bien claro que era absolutamente falso y mentiras lo que se publicaban. Además, por pertenecer a ciertos círculos que tenían contacto con la militancia de izquierda y de masas, teníamos acceso a la información. Sabíamos bastante más cosas que lo que conocía en general la gente. Costaba decirle a la gente qué era lo que pasaba. La sensación era, bueno, que había una manipulación absoluta de los medios de información, absoluta, yo recuerdo cuando le dan el premio Nobel a Pérez Esquivel, habrá sido como el año 80, 81, se hace en la Plaza de Mayo una pequeña reunión. La información, en los diarios, salió en tres centímetros, en los noticieros, en televisión, lo mencionaban en cinco renglones. Bueno en la marcha que se hizo (donde) estuvo Pérez Esquivel y lo aplaudíamos, no sé si llegaríamos a las 500 personas y por supuesto la gente no conocía quien era Pérez Esquivel. Obviamente, la sensación era de vivir en un lugar donde estaba la información estaba absolutamente vigilada y era bastante difícil transmitirle a la gente otra cosa, porque además si uno transmitía otra cosa, uno era subversivo, (esto) era el drama.

**Recepción estructurante:** la pregunta sobre la interacción entre la sociedad y los medios de comunicación durante el gobierno militar condujo a opiniones controvertidas. La primera declaración certifica que los militares no tenían ninguna eficiencia en el control y manipulación de la información. Para el segundo entrevistado no había ningún tipo de problemas en esta área. El tercer entrevistado adoptó en esa época una actitud de rechazo consecuente a las violaciones de derechos humanos cometidas por los militares. La cuarta persona reflexiona sobre la vida en un ambiente lleno de falsedades, las que han marcado a la sociedad en general en forma perdurable. El quinto destaca la importancia de las vías de información alternativas, que al parecer tenían gran difusión y aceptación. El re-

presentante del grupo Joven muestra ejemplarmente lo que significó en esa época oponerse a los bloqueos generales de información y actuar frente a una opinión pública mantenida en la ignorancia.

*¿Qué diferencias son constatables entre el gobierno militar previo y el gobierno civil en la actualidad?*

Chi-019-Pro: ...Ya el otro día lo dijo el Presidente Aylwin, de lo cual me alegro mucho: que el estado de bonanza y de progreso que tiene Chile, lo sembró el gobierno militar y lo está cosechando el gobierno democrático.

Urug-025-Pro: En el orden personal estoy en este momento en una actitud totalmente ostracista, no quiero actuar en nada, no me interesa ningún tipo de publicidad, no quiero saber de nada más que de mi actividad específica profesional nada. No me interesa nada. Yo mismo busqué (la implicación) y de orden económico, con altibajos, mantengo un ingreso que en cierta forma es menor que el que tenía hace diez años atrás, pero también actualmente estoy jubilado de dos trabajos. Me he retirado de mi actividad profesional, mantengo algunas actividades y empecé algunas nuevas, es decir, no estoy mal económicamente, pero creo que padezco lo mismo que padece el país en general, creo que yo ganaba más antes.

Chi-013-Neutral: Lo más importante es saberse en un estado de derecho..., con toda una cantidad de cosas incompletas, pero sentirse que uno tiene a quién recurrir, que tiene una justicia que funciona, que es transparente, que hay un parlamento, que no lo van a amenazar a uno. A mí me amenazaban por teléfono y hubo un período malo el '85, a raíz de mis artículos me empezaron a amenazar y esa sensación es impagable.

Urug-046-Neutral: Cuando empezó ahora el gobierno democrático, volvieron las antiguas costumbres: del comité; de las recomendaciones políticas; que si usted tiene buena gente que lo recomiende, consigue más las cosas eso. Bueno, para vivir con mi familia tranquila, ahora los veo felices a todos, no soy yo (quién cuestione), no importo, estoy conforme sí, con la vida familiar y con la tranquilidad y la paz que tenemos, estoy conforme, claro.

Chi-016-Oposición: Cuesta adaptarse, hay distintos valores, hay una crisis total de los valores, muy impactante... Cuando llegó la democracia volví a trabajar en forma estatal, cosa que siempre había deseado...



Chi-049-Joven: Yo diría que en el período actual es la libertad de expresión, que la gente pueda libremente expresar su pensamiento sin temor, eso es algo que encuentro que es impagable, y da la sensación, además, que la gente está más tranquila, trabaja con más gusto, da la sensación que el país, de alguna manera, tiene cabida para todas las posiciones, y antes como que había mucha gente que estaba fuera.

**Recepción estructurante:** al comparar el período vivido bajo los militares y bajo la democracia parlamentaria se dividen también los ánimos. El primero consideró garantizada la continuidad (lo que el actual presidente habría confirmado *expressis verbis*) y esto lo llena de satisfacción. El segundo expresó un abierto desinterés por la política en la actualidad, sólo parece inquieto por motivos pecuniarios y aquí no ve mucha diferencia entre sí y el resto del país en general: en todo caso antes era mejor. Para el tercer entrevistado es importante el que ahora puedan exigirse el respeto a los derechos civiles: la vida es más fácil si uno no está continuamente amenazado. El cuarto entrevistado se muestra básicamente desilusionado, pues las personas siguen siendo las mismas que antes de la dictadura (parecen haberse impregnado poco del masivo intento disciplinario); para él, por lo demás, la historia sigue adelante, “no soy yo (quién cuestione)”. Para la quinta persona las llagas abiertas por la dictadura todavía son apreciables y le es difícil acostumbrarse a los nuevos tiempos. La declaración del grupo joven está llena de descripciones positivas de la época posterior a la dictadura, de manera que la pregunta planteada aquí puede responderse más bien invirtiendo la cuestión.

*¿Hubo situaciones de peligro real para Ud. o miembros de su familia antes de, o durante el gobierno militar?*

Urug-037-Pro: Yo creo que existía el temor en la calle, a un ataque, que no sabía con qué se podía encontrar en cualquier momento, metido en el medio de un problema de esos, se recibían amenazas telefónicas, sobre todo en la época en que yo dirigí el XX, hubo varios conflictos y en ese período existían amenazas. (Obviar éso) creo que es la mejor forma. Yo no puedo luchar con una amenaza telefónica, lo que tenía que hacer era más importante, si Ud se enloquece, ellos logran lo que estaban buscando, ahora puede que sea verdad y entonces pierde Ud...

Chi-019-Pro: ...por ser médico de FFAA, me tocó examinar muchas veces detenidos y nosotros teníamos que llenar un formulario. En una oportunidad, me lla-

maron en la mañana de la dependencia ZZ para examinar un detenido que había caído el día antes y que había pasado la noche en un cuartel y que lo entregaban a la justicia por un acto político. Había en esa época una generación que se decía de jóvenes violentistas por razones políticas. Hoy en día hay terrorismo y no entiendo que tenga una base política. Así que yo fui con mi delantal y con mi nombre, llego al cuartel, a examinar. Entonces me hizo entrar un oficial, siempre con mi ayudante practicante, (y pude) interrogar al señor. Este, caballero, le pregunté si había tenido apremios, (si había sido objeto de malos tratos). Él me saludó de mano y lo negó. Entonces dije: de todas maneras, señor, aún cuando usted me ha dicho esto, yo lo voy a examinar. Tenga la bondad de sacarse la ropa con el practicante a puertas cerradas lo examiné, incluso le examiné los genitales, porque se decía que era importante, aunque no entiendo que sea así. No le encontré absolutamente nada. Está de acuerdo (le pregunté al paciente). Sí doctor. Bueno, tenga la bondad de firmar lo que yo escribí aquí: examinado no presenta signos de lesiones. Me recuerdo perfecto, yo firmé la parte mía, entregué y en la noche llega un amigo mío muy preocupado. Quería hablar conmigo. Sí, dime, ¿que pasó? Fíjate que mi cabro que está en la universidad, tuvo la siguiente experiencia. Había una conmoción en el recinto universitario... unos 400 estudiantes reclamando por algo en ese momento, no recuerdo qué, y un señor pidió la palabra y más o menos dijo: "compañeros yo no soy estudiante universitario sino un poblador y fui detenido ayer, fui maltratado, fui golpeado... y hoy en la mañana, cuando me dejaron en libertad fue un doctor de apellido XX que ni siquiera me examinó y me obligó a firmar un documento, diciendo que yo no tenía nada". Y eso lo escucharon los 400 estudiantes, de los cuales muchos eran alumnos míos en la universidad. Entonces, de ahí que yo sea, sin negar que haya habido excesos, más cauteloso que muchos en cuanto a la veracidad de cualquier denuncia. Cuando uno en carne propia ha recibido una experiencia como ésta, porque este es un enfoque, no sé qué piensa usted. Yo, en tanto, trato de estar con la verdad e información, lo cual sigue siendo (necesario).

Arg-010-Neutral: Mi experiencia, por eso digo que mi experiencia a veces es diferente a la que puedan haber vivido (otros). Mis amigos tampoco la tuvieron, no porque tuviéramos la misma idea política, porque había gente que era pro militar y gente que pensaba que los gobiernos democráticos eran lo sano y yo que sigo como el corchito y que la política no es lo fuerte para mí.

Urug-046-Neutral: No para mí. Yo estaba en ese momento en la facultad, estaba en el sindicato médico. Por mis ideas nadie me molestó y yo trabajé mejor en esos años, trabajé mejor, no me molestó para nada, pero reconozco que hubo gente que fue molestada muchísimo, y no sé hasta qué punto, que tuvieron que irse del país. Yo tengo familiares que se han ido del país y se han quedado en Suecia, por



ejemplo. Eso ¿Quiere decir que yo no tengo sensibilidad por los familiares? No, de ninguna manera, creo que cada cual elige su camino en la vida.

Chi-07-Oposición: Estaba muy lúcido, siempre mantuve mucha lucidez, lo único que le puedo reconocer es que hubo momentos en que estuve muy asustado, eso sí. A mí me llamaban con relativa frecuencia, me llamaban a determinadas horas de la noche, me llamaban a mi consulta, en fin, imposible no podría identificarlas. Decían "te vamos a esperar a la salida de la consulta, te vamos a sacar la cresta, tal por cual". Siempre puras frases agresivas, con gran incoherencia, pero yo tenía la convicción de ser opositor en una posición pacífica, una posición en la cual estaba completamente ajeno a la violencia.

Arg-019-Joven: Sí, en primer lugar, lo que golpeó a la familia más de cerca fue la desaparición de este primo y en segundo lugar la desaparición de un primo segundo, con su esposa y una bebita que después la devolvieron. Uno era por rama materna y otro por rama paterna. Había una gran preocupación además en mi familia porque yo había militado (políticamente) durante el colegio secundario, aunque durante la época de la universidad yo no pertenecía a ningún partido, pero había antecedentes de antes. (En general) había un clima de temor generalizado en la familia, de preocupación por este familiar. Sí, yo creo que estaba toda la gama de sentimientos y de reacciones que después estudiamos, ahí aparecía (p.ej.) el gesto de culpabilizar a los padres, por el temor, la duda de si hacer algo (o no), de si va a ser mejor o si va a empeorar la situación del detenido la búsqueda de contactos políticos o militares que casi siempre eran infructuosas. Había un clima de mucha alteración, (se jugaba con) la idea de si era mejor emigrar del país o no, bueno todo eso.

Urug-07-Joven: Directamente conmigo no. Un temor difuso claro sigo, por ejemplo un día, volviendo del estadio de un partido de fútbol de noche, yo tendría 12 o 13 años, me quedé dormido en el ómnibus y me desperté en la terminal y me paró un comando. Iba solo caminando en una zona oscura, me trataron, no digo mal, no me hicieron nada, pero sentí temor particularmente de lo que se suponía era la autoridad, pero digo, una cosa más bien difusa, a mí no me tocó de cerca... Mi primer contacto en la universidad pasó por tener que firmar una carta,... era una carta antidemocrática, donde uno tenía que someterse a una especie de juramento, (lo) que debía hacer firmando una cantidad de cosas que iban contra mis principios,... me cuestioné muchísimo si yo debía o no firmar esa carta para poder hacer la universidad. Al final la firmé, me costó un poquito firmarla, pero toda la gente que entró a la universidad debía firmarla...

**Recepción estructurante:** para esta pregunta era igualmente importante la amenaza experimentada personalmente antes de la dictadura. De tal modo se pretendía fijar la atención en la época en que comenzó el gobierno militar y (si era necesario) dejar abierto el campo para otras declaraciones sobre la época posterior a la dictadura. El primer entrevistado experimentó antes del golpe militar una sensación de amenaza constante, su esfera íntima fue continuamente vulnerada, en especial a través de amenazas telefónicas. El segundo todavía hoy se ve agobiado por una injusta acusación por torturas como médico de las fuerzas armadas; el hecho de que se lo haya acusado desde la sombra e incluso en medio de la dictadura, le hace pensar en lo relativo de las afirmaciones sobre violaciones de derechos humanos, pues si a él lo difamaron de forma tan contumaz, seguramente lo mismo le ha ocurrido a otros acusados. El tercero expone su estrategia de supervivencia en pocas palabras: se puede flotar mejor si uno no tiene ningún tipo de compromisos. Para el cuarto no hubo ningún peligro inminente y él pudo trabajar mejor todo el tiempo. El quinto se vio existencialmente amenazado, aunque él abogó porque se abandonara la violencia. Para el primer representante del Grupo Joven todavía hoy es relevante el temor a la persecución y desaparición que al parecer lo acompañó como una sombra durante todo el gobierno militar. El segundo representante de ese Grupo no se vio amenazado personalmente, pero había algo amenazante en el aire que a él sólo lo afectó indirectamente, así por ejemplo él debió firmar un documento llamado "Declaración de fe democrática" para entrar a la universidad, la que implicaba una suerte de adhesión a los objetivos ideológicos del gobierno militar.

*¿Hubo situaciones psíquicas de descompensación pasajera o de larga duración en Ud. o en miembros de su familia, tales como estados de angustia extrema, experiencias de desrealización, estados depresivos o de delirio?*

Chi-040-Pro: No, cada uno estaba asentado en su área y su campo y su responsabilidad, cada uno de nosotros sabía que tenía que asumir una función por lo tanto, nuestra problemática era la salud.

Urug-025-Pro: Descompensaciones no, preocupación por los pesos, no me alcanzaba la plata pero no, tampoco muy notorias.

Chi-013-Neutral: No, descompensación no, pero el '85, lo pasamos muy mal con lo de las amenazas, las dudas de irse o no irse y luego las cosas familiares. yo



quiero mucho a mi familia, mi mujer quiere mucho a la de ella y todos, todos los miembros de la familia eran partidarios del gobierno y no veían los errores, no es que sean nazis ni que sean nada, sino que simplemente eran de derecha. Les expropiaron todo en el gobierno de Allende y vivieron el caos. (Ellos siempre) tenían actividad comercial, que era libre (en el período militar) no se movían del país, no veían el elemento de la dictadura, la dictadura no se vio en el comercio, en la bolsa de comercio, se vio en otras partes, se vio en la universidad, (en cuanto a la familia) se hizo muy doloroso y ha sido difícil.

Uru-016-Oposición: Bueno, sí... Mi señora es una persona muy optimista, es difícil que se deprima y yo soy una persona con tendencia depresiva, es decir que pequeños incidentes externos pueden acentuar esas tendencias depresivas. Sí, tuve estados depresivos durante ese período, además había situaciones muy angustiantes que hizo que uno fuese juntando una rebeldía durante todo ese período, que cuando se pudo tener una vía de escape, manifestar un primero de Mayo por primera vez con una pancarta, bueno uno volcó (esa rebeldía), en ese momento era muy necesario... Yo me despedí aquí, en esta propia institución de cuatro o cinco colegas que estando (ellos) de guardia, habían ido a allanarles la casa y se habían enterado. Por coincidencia además, me tocó despedirlos en su viaje al exterior, ellos me confiaban a mí que se iban esa noche, no me decían ni por qué medios, ni por qué mecanismos se iban del país, por problemas políticos, gente que es muy querida por mí. Es decir que yo ahora no recuerdo la vinculación exacta de ese cuadro depresivo con esa circunstancia, recuerdo sí la nostalgia, el desgarramiento de perder un amigo, de no poder estar más con él, todo eso supongo que fue medrando psicológicamente mi persona, no recuerdo si estaban vinculados mis cuadros depresivos con esos episodios, pero seguramente todo contribuía... A mí me ayudaba mucho que, en esos momentos, yo cultivaba mi inclinación literaria y volcaba en cuentos cortos, en poesía, momentos de mucha angustia. Los volcaba a través de cuentos muy concretos, no me gusta lo fantástico. Yo (de eso) no publiqué, publiqué un solo cuento, fue antes de la dictadura, un cuento político. En general, toda la producción que yo tuve quedó para mí, no seguí publicando ni voy a publicar además. Hice mi autocrítica y llegué a la conclusión de que no valía la pena en términos estéticos y como que no decía nada, no valía la pena transmitir eso a la gente.

Chi-016-Oposición: Quedé muy traumatizada por la detención... Por otra parte, nunca nos faltó para comer, para vivir, o sea, al lado de las situaciones que vivió otra gente es como absurdo quejarse de la parte económica pero la amargura era muy grande además, de tanto sufrimiento tanta injusticia y tanta impotencia de uno para solucionar los problemas. Trabajé, por ejemplo, con un grupo de gente; tuve una clientela mediana, o sea, no lo más pobre, lo estatal, sino que el empleado

público, de centro, que pagaba con un bono de Fonasa y realmente, los problemas de esa gente eran tremendos, en parte siguen siéndolo, pero ahora por lo menos sin miedo...

Urug-07-Joven: No

**Recepción estructurante:** en qué forma los afectados experimentaron e integraron las exigencias psíquicas de ese período de excepción sigue siendo una pregunta importante. Aquí únicamente debían tomarse en consideración declaraciones de matiz personal que quizás sean generalizables. El primer entrevistado negó toda posibilidad de conflicto psíquico, pues si cada uno conocía su lugar y sus obligaciones, no podía haber malentendidos. Para el segundo el problema reside en el dinero, siempre insuficiente. Para el tercer entrevistado, sus opiniones inequívocas en contra de las violaciones de los derechos humanos enraizaron la armonía en el círculo familiar, pues casi todos sus parientes estaban a favor de los militares y no podían comprender su punto de vista. En el primer representante del Grupo Oposición hubo claras etapas depresivas que pueden atribuirse a determinados hechos que ocurrieron dentro de su círculo de amistades, igualmente las contribuciones literarias de su parte se presentan como un intento de sublimación de esos sucesos. La segunda persona del Grupo Oposición quedó marcada por la detención y asesinato de sus colegas, inmediatamente después del golpe, pero ella compara su propia situación con la situación más grave de otros afectados y obtiene de allí una resignada confianza. El representante del Grupo Joven se manifestó frente a la posibilidad de haber sufrido entonces psíquicamente con un "no" perentorio.

*¿Cuál fue la actitud de sus familiares, amigos y colegas frente a sus actividades durante el gobierno militar?*

Chi-019-Pro: Ellos me apoyaban.

Arg-010-Neutral: Sin comentarios.

Arg-022-Oposición: ...fue mi madre (la de mayor relevancia); cuando ocurre toda esta situación de desaparición (ella) se vincula a los organismos de derechos humanos, tiene un rol muy importante durante los cuatro años. María Luisa no es una mujer (a la) que esta situación toma de sorpresa, ni es una sorpresa su reac-



ción. (Ella) no es una mujer que podría decirse de la cocina fue a la plaza; (es) una mujer que en su condición de formación personal familiar desarrolló sus compromisos sociales, muy creativa, (es) autoridad en el arte, la pintura e hizo (algo que) yo hace poco tiempo descubrí, después de su muerte: mi mamá murió el año pasado, descubrí la copia de una carta que ella le envía al ministro del interior, cuando yo estoy aún desaparecido, (la carta) entonces era la expresión de una madre digna que lo hace responsable de la vida de hijo que, aunque no tenga corazón, solamente un hombre que sin corazón permitiría que desaparezcán las personas bajo su jurisdicción. Ella le recuerda que la Argentina esta llena de mujeres con corazón, (las) que van a rescatar a sus hijos. Cuando la leí, yo pensaba en aquel momento, porque además de escribirlo ahora decirlo (implica) pensarlo con tranquilidad y en aquel momento era todo incertidumbre, zozobra. (Ella) hacía un buen papel de mamá, fortaleció a otras madres, acompañó a las mujeres.

Chi-016-Oposición: Nos quedamos siempre en Chile, no salimos, nos sacrificamos mucho en lo económico... Por ejemplo, nosotros no hemos viajado. Logramos sacar adelante nuestros hijos, mi marido... es abogado y le costó mucho adaptarse al extra-sistema también. No somos gente que nos hayamos acomodado fácilmente a la parte extra-sistema y logramos sacar a flote a nuestra familia. Pudimos hacer morir dignamente a nuestros padres y acompañarlos, pero fue un período malo, muy malo, realmente malo... Preferimos quedarnos y creo que fue una buena decisión pero se nos pasó la vida —de eso no cabe duda—, es decir, estuvimos años en que estábamos muy mal. Yo me recordaba en esta Pascua, por ejemplo, hubo años en que pensar en ir a comprar más papel de regalo o más cinta de regalo o unas tarjetas que me faltaban, era un problema...

Arg-019-Joven: De rechazo, yo creo que en primer lugar era el temor de que me pasara algo, en segundo plano por diferencias ideológicas. Podían no comparir pero la primera cosa era de rechazo y de temor por el peligro que esto podía implicar para mi... Sí, la situación más crítica (ocurrió) cuando yo decido irme de la casa de mis padres que era donde yo vivía. Decido irme porque cada vez que había un pico represivo, desaparecía gente cercana a uno y uno intentaba, con los elementos que tenía, hacer (una) caracterización política de qué es lo que estaba pasando, a quiénes estaban buscando, a qué grupo político era que estaban atacando y qué fuerza era la que intervenía, porque las fuerzas represivas tenían cierta autonomía. Entonces uno intentaba como caracterizar esto, para saber si le tocaba a uno directamente de rebote o si uno podía zafar. Al principio las cosas eran muy mezcladas y muy masivas entonces como precaución uno decía: "pasemos a puesto intermedio, hay que guardarse". Entonces cuando yo decido (salir de casa), esto le da a mi familia más temor todavía, ellos se oponen a que yo me vaya y yo digo me

voy. Yo era jovencito, tenía 18 años. El no tenerme visualizado les daba mucho temor porque además yo me iba (de acuerdo a) las medidas de seguridad: no decía donde iba. Les dije: voy a llamar todos los días en la noche o cada tanto, pero ustedes no van a saber dónde estoy, ni con quien estoy, pero voy a estar bien yo era jovencito pero estaba bien preparado. Así estuve varios meses sobre todo durante el año 77, y ésto llevó a un enfrentamiento bastante violento, se preocuparon mucho, y bueno, pasaba el peligro y yo paulatinamente volví. Pero era una situación muy difícil que la entendieran porque todavía no estaban convencidos de lo que pasaba. Ellos creyeron durante mucho tiempo de que, por ejemplo, mi primo iba a volver. Entonces uno tenía que optar con el peso que esto traía porque yo no era un obviamente un tipo hecho y derecho, era un pibe un adolescente Así que esto para mi también era una dura pelea, digamos.

**Recepción estructurante:** durante ese período de excepción el entorno afectivo fue incuestionablemente de gran importancia. El primer entrevistado podía confiar en su familia. El segundo no se manifestó al respecto. Para el representante del Grupo Oposición la madre fue una figura de gran importancia: como fundadora de las "Madres de la Plaza de Mayo" contribuyó decisivamente a hacer del conocimiento público la situación de su hijo, pero también la de otros "desaparecidos" (y tal vez contribuyó también a salvar la vida de muchos de ellos). El representante del Grupo Joven llama la atención a una línea divisoria entre la generación de los padres y la de los jóvenes en la percepción del peligro proveniente del gobierno militar, razón por la cual ha sido poco posible un acercamiento.

#### OPINIONES SOBRE CUESTIONES ÉTICO-MÉDICAS DE ACTUALIDAD

A continuación solicitamos su opinión sobre materias médicas, en las cuales se pueden crear conflictos éticos de decisión. Deseamos que Ud. exprese una de tres posibilidades: a favor, en contra o de abstención y, en base a las alternativas propuestas la fundamente.

*1.- Frente a enfermedades hereditarias, tales como la mucoviscidosis o la hemofilia ¿es aceptable la "operación de los genes en el embrión"? En caso positivo ¿quién debe tomar la decisión?*

Chi-019-Pro: Absolutamente no, en este caso estoy en contacto muy cercano de una pariente, cuya hija tiene mucoviscidosis, sé de sus tremendos miedos en la



noche. La fui a ver a Santiago, hace un mes atrás, cuando a la hija hubo que operarla, recién nacida, de una obstrucción, producto de la enfermedad...

Arg-040-Pro: (El análisis sistemático del Genoma) me parece un proyecto muy interesante, también tremendamente importante. Me parece que es, diría yo en este momento, el proyecto más grande de la investigación del mundo. Como todo gran proyecto transformador creo que la etapa experimental del mismo ha de ser primero. La realización será larga, la experimental del mismo ha de ser más larga aún. Con esto quiero decir que me parece que la tecnología está avanzando (más adelante que la ética) y que, por lo tanto, cuando Ud. me hace esa primera pregunta y yo le doy una contestación definitiva, la estoy dando en función de un pasaje temporal que veo, entre el acceso a una tecnología imperfecta y en desarrollo y la aplicación de esta tecnología de acuerdo a principios éticos.

Chi-013-Neutral: No tengo un conocimiento suficiente. Con lo que yo no estaría de acuerdo es que se abortara un niño y que no se le dé oportunidad, pero si se pudiera intervenir para que no tenga la hemofilia, por cierto. Ninguna duda. Para esa intervención, no para otra.

Urug-046-Neutral: Usted se refiere a hacer profilaxis genética y que no aparezca una mucoviscidosis o una hemofilia. Nunca me plantié eso, soy católico, creo que le corresponde a los padres. No se les puede negar a los padres el derecho de evitar una enfermedad, por más que eso esté en contra de una doctrina católica.

Chi-07-Oposición: Pienso que sí. Creo que debería existir. Todas aquellas enfermedades que son transmisibles, dentro de las cuales está la diabetes, por ejemplo, el ideal sería poder encontrar el gen o el elemento químico causal de esto para poder cambiarlo, sin duda.

Arg-04-Oposición: Estoy de acuerdo. O sea yo considero que las terapéuticas médicas pueden actuar antes del nacimiento o previo al nacimiento no invalida nada, o sea si bien salvando la distancia por ejemplo en incompatibilidad de RH es casi común el uso de transfusiones intra-útero. Es perfectamente válida, lo que pasa es que la ingeniería genética sacude a la opinión y de por medio pueden también estar conceptos religiosos, en los cuales yo en este momento no me manejo. No, no (es que yo) creo en la realización del súper hombre, yo creo que son decisiones del ser humano ante un hecho a una patología específica, yo creo que los padres tienen que ser el principal motor de una decisión, buscar la ayuda de los profesionales, el ser humano es dueño de sí mismo.

Chi-049-Joven: Encuentro absolutamente bueno hacerlo, si eso va a significar un beneficio; me parece que si la tecnología puede lograrlo y puede prevenir que ese niño en el futuro tenga una enfermedad. Es una pregunta difícil, porque ahí uno estaría asumiendo que los padres pueden tomar decisiones por ese ser, pero dada la circunstancia que ese ser no tiene la capacidad de decidir por sí mismo en ese momento, uno tendría que guiarse por el beneficio. Creo que ahí el costo-beneficio primaría, en el sentido de que si ese niño va a tener una enfermedad en el futuro, le estamos produciendo un bien sin que eso signifique un riesgo para él, un daño para él. Es aceptable.

Arg-019-Joven: Frente a eso no tengo opinión.

**Recepción estructurante:** En relación con la posibilidad teórica de intervención genética, las respuestas se muestran en su mayoría suficientemente informadas. El primero declaró un rechazo fundado en la experiencia: una enfermedad de esa índole afectó a un miembro de su familia (aquí tienen gran valor puntos de vista religiosos). El segundo entrevistado lo eleva a un plano abstracto, se remite a la dicotomía inherente a todo desarrollo técnico entre las posibilidades de facto y la ética médica, la cual siempre quedaría un poco a la zaga, y no disimula su evidente simpatía por la técnica. El primer representante del Grupo Neutral está de acuerdo con una intervención que se limite exclusivamente a esas enfermedades y le parece que eso siempre es preferible al aborto provocado. El segundo representante del Grupo Neutral se coloca del lado de los padres, aunque le corresponderían escrúpulos como católico, sin embargo, él quisiera que sean los padres quienes tomen la decisión. El primer representante del Grupo Oposición tiene firme y absoluta confianza en el progreso. El segundo representante del Grupo Oposición se basa en procedimientos usuales (transfusión intrauterina de sangre a un feto con riesgo de Rh—) para fundamentar su argumentación en favor de esa técnica: el hombre es dueño de sí. La representante del Grupo Joven hace una evaluación positiva de costos y beneficios, sin embargo, a ella le parece discutible que los padres puedan tomar esa decisión por el feto.

*2.- En conocimiento de que aún no existen opiniones unánimes sobre trasplante de órganos, frente a personas fallecidas en accidentes y no identificables ¿es legítimo el uso de los órganos y quién debe tomar la decisión sobre si se realiza el trasplante o no?*



Chi-040-Pro: Ud. me toca un área muy sensible, porque resulta que nosotros elaboramos la primera ley de trasplantes en Chile y fue una experiencia muy interesante, porque nos obligó a estudiar en profundidad el tema, informarnos de lo que ocurría en otros países y sacar una ley que fuese compatible con nuestra cultura cristiano occidental. En términos de avance progresivo, no pretendíamos llegar al máximo de la perfección, porque cuesta incorporar el concepto de trasplante, el año '84, me parece, que fue la ley de trasplante y que obviamente la fuimos perfeccionando a medida que la aplicábamos. Primero que nada, yo creo que el trasplante de órganos es absolutamente lícito, creo que es una manera generosa de prolongar la vida o de dar más vida a otras personas, pienso que si se trata de una persona fallecida en un accidente sin reconocimiento familiar, bueno, según recuerdo, me parece (que) el juez era el que determinaba la autorización y delegaba en el director del Instituto Médico Legal la autorización para utilizar órganos en el momento determinado de hacer un trasplante.

Urug-037-Pro: En el Uruguay hay un organismo que es dependiente de la Facultad de Medicina y del Ministerio de Salud Pública, lo dirige la doctora MM, se llama Centro de Trasplante de Órganos. Yo creo que frente al beneficio que se puede obtener con ese trasplante de órganos, está totalmente justificado hacerlo. La decisión tiene que ir al banco nacional de órganos y él buscar el receptor adecuado.

Arg-010-Neutral: En nuestro país tenemos un grave problema. Mi personal opinión con respecto a esto es que debe existir una ley que establezca que todo cuerpo en condiciones de donar sus órganos y en condiciones de muerte vegetativa. No debe pedirse la autorización, sino que debe establecerse previamente esta situación. Si una persona decide no donar los órganos, que exista la donación y que uno deba establecer al revés no que dona, sino que no quiere donar y que la decisión bueno, pues está establecida: la persona que no quiere donar sus órganos lo deja establecido y, por lo tanto, en un archivo central supongo que será la fórmula. Si no es identificable, entonces los órganos deben ser donados, o sea, se le deben extraer los órganos. La decisión la deben tomar en conjunto y rápidamente el médico, o el equipo médico y un ente jurídico que puede ser el juez.

Chi-013-Neutral: Yo creo que sí, pienso que en el trasplante de órganos, si se toman todas las providencias del caso para que no tengan enfermedades transmisibles, no hay ningún problema en extraer el órgano de un recién fallecido en cualquier circunstancia.

Chi-07-Oposición: Bueno, toda esta situación de los trasplantes, por desgracia en nuestro país hay una gran deficiencia porque no existe legislación. Creo que

toda esa situación debería legislarse con el apoyo ético, con el apoyo técnico de los médicos, con el apoyo judicial de los jueces o abogados, pero tiene que legislarse. Soy partidario de que existiendo una legislación adecuada que permita proteger de que no se entre en abuso de situaciones, permitiría el trasplante siempre protegido por una legislación. En las condiciones actuales temo que se preste para abusos, porque Ud. sabe que cuando nosotros permitimos de alguna manera que a un NN se le saquen órganos, muchos se pueden transformar en NN, de tal manera que me parecería que podríamos entrar nosotros en una escalada de anarquismo en el cual pueden aparecer muchos abusos en este sentido. Estaría en contra mientras no haya una legislación.

Arg-022-Oposición: Creo que la respuesta a este dilema planteado es quién asume la responsabilidad y si es correcto o no el trasplante de personas desconocidas o N.N. Me parece que tales son los (riesgos) potenciales que se estimulan cuando se avanza en este tipo de decisiones. Yo no promovería la utilización de órganos trasplantados de cadáveres desconocidos, aún sabiendo que hay una situación de vida que espera, (en conciencia de) la gravedad que significa instalar en la sociedad un criterio de permisividad en el trasplante de órganos de cadáveres desconocidos. Por lo tanto, me inclino mucho más hacia la adopción de nuevas normas legales, por las cuales sea posible, con muchísima anticipación, crear las condiciones de declaración voluntaria para trasplante de órganos (después) de la muerte.

Chi-049-Joven: Creo que ahí es fundamental la legislación previa y no la hay, pero sí, soy partidaria de la utilización de órganos. Creo que si hay una persona que tiene la posibilidad de vivir –creo que ahí hay un punto discordante con gente que tiene una determinada fe, que pudiera pensar diferente en ese aspecto–, sería casi un crimen, un pecado, no aprovechar un órgano. Bueno, pienso que ahí hay una alternativa: Ud. dice una persona no identificable, creo que ahí ya simplemente habría que – en pro de la utilización de ese órgano–, la persona que la va a recibir y el médico que puede otorgárselo.

**Recepción estructurante:** ya que el trasplante de órganos forma parte de las posibilidades concretas de tratamiento en los países latinoamericanos desde hace ya más de una década, esta pregunta aborda un tema de mayor claridad que la manipulación genética. El primer entrevistado se refirió en detalle a la formulación de una ley para reglamentar el trasplante de órganos en Chile, ofreció un examen detallado de esa ley y de sus aplicaciones y después respondió la pregunta apoyándose en ese proyecto de ley. Para el segundo entrevistado ésta es solamente una pregunta formal, que también puede responderse formalmente. El tercero



se manifiesta en el sentido de que, en una gestión tan valiosa como el trasplante de órganos (que pretende ayudar a una persona viva), se debería introducir más bien una restricción negativa: el que no quiera que sus órganos sean utilizados después de su muerte, debe establecerlo así por escrito, de otro modo sus órganos están sujetos a la necesidad médica del momento. El cuarto no ve ningún problema en tomar los órganos de una persona fallecida no identificada cuando no exista ninguna enfermedad transmisible. Ambos representantes del Grupo Oposición (de Argentina y Chile) definen la situación legal como inexistente y necesitada de una aclaración urgente (así pues, la nueva legislación también es mayormente desconocida en Chile); además manifiestan recelos considerables en relación al posible abuso en el recurrir a órganos de personas no identificadas y concluyen: sin leyes, ningún trasplante. La persona del Grupo Joven también extraña una reglamentación jurídica clara, pero –al sopesar el imperativo de la vida contra el respeto por los muertos– para ella prima inequívocamente la necesidad de actuar médicamente: sería casi un crimen no recurrir a los órganos.

3.- *“Embarazo huésped” en el útero de una tercera persona, a partir del embrión fecundado por una pareja cuya mujer no pueda tener hijos por alguna enfermedad severa del útero ¿Es legítima su realización y quién debe tomar la decisión?*

Chi-040-Pro: Ese es un tema ya más complejo, yo no tengo realmente una idea clara, ni en el sentido negativo ni en el sentido positivo. Sin embargo, si Ud. me arrinconara y me pide una definición yo diría que en principio estoy en desacuerdo, creo que quizás la situación que puede resolver ese problema es la adopción... Yo creo que la vida es la gran universidad, nada le puede plantear mejor a uno las cosas que la propia vida, la propia experiencia, y en mi familia me tocó vivir esa experiencia por lo tanto, la tengo muy vigente, (una de mis) hijas se sensibilizó con RH, alcanzó tener un solo hijo, posteriormente hubo un nonato y posteriormente un niño pre término que falleció y que terminó por agotar su capacidad maternal. Fue tan fuerte el impacto que ella tuvo al saberse castrada que, tan pronto como ella se recuperó de su intervención última, yo la llamé y le dije: “tú adopta un niño”, hizo eso y hoy ha adoptado 2 niños, tiene dos niñas de las cuales una tiene 8 años y la otra tiene 4 y le han llenado su vida. Pienso que ha sido una solución extraordinariamente beneficiosa.

Urug-046-Neutral: El útero alquilado se justifica, si hay acuerdo de las partes, no creo que dé para más el asunto, si están de acuerdo las partes el marido la esposa y la subrogante. Sí, señor, que tiene que ser muy bien hecho.

Chi-016-Oposición: Pienso que es legítimo desear un hijo y hay parejas que lo desean desesperadamente. Si hay un acuerdo, y no hay una cosa comercial de por medio, pienso que sí, que sería comprensible y aceptable.

Chi-049-Joven: En realidad, tengo una posición contraria en ese aspecto y mi posición va más (hacia) el niño que va a nacer. Pienso que se pueden producir situaciones de mucho conflicto entre la madre que va a gestar ese niño y los padres adoptivos futuros, que va en perjuicio de ese niño...

**Recepción estructurante:** al plantear esta pregunta se hizo presente por una parte, que en Argentina ya había tenido lugar un experimento semejante (en la madre de una mujer con esa dolencia) y, por otra, que en América del Sur una serie de televisión había abordado esa temática con mucho sentimiento, poco antes de la investigación de campo. El tema era por lo tanto conocido. El primer entrevistado se opone, en base a su propia experiencia, a los métodos de alquiler de úteros y ofrece como alternativa la posibilidad de una adopción, tal como ha podido observar con resultados positivos en su propia familia. Para el segundo esto puede tomar un curso fluido si se prepara bien. La tercera persona se coloca en el lugar de los padres y apoya esa posibilidad desde tal perspectiva. La representante del Grupo Joven se coloca en la situación del niño que va a venir al mundo, con circunstancias conflictivas muy especiales, y se manifiesta en contra.

#### OPINIONES SOBRE LA SITUACIÓN SOCIAL GENERAL DE VÍCTIMAS DE LA DICTADURA Y ACERCA DE VIRTUALES VIOLACIONES DE MÉDICOS A LA ÉTICA PROFESIONAL BAJO EL ESTADO DE EXCEPCIÓN

Deseamos oír su opinión sobre dos materias sociales de relevancia, tanto contextual como específica, para la profesión:

*El trato ulterior de los afectados por el gobierno militar ¿Ha sido adecuado y suficiente?*

Chi-040-Pro: Bueno, aquí entramos en el problema de la generalización, realmente si han sido injustamente tratados, tienen derechos. Yo creo que hay que buscarles algún mecanismo de compensación. El problema es cómo discriminar y ahí seguramente (entran) aquellas personas que, no teniendo derecho, usufructúan de algo, eso ya es parte de los defectos que tienen los sistemas humanos que nunca



son perfectos. Yo creo que en un momento determinado se produjo el exilio, mucha gente se fue del país porque discrepaban, mucha gente fue enviada fuera, probablemente algunos con razón, otros sin razón, como siempre ocurre. Ahora se abrieron las puertas, todo el mundo pudo volver. La reinserción yo pienso que es difícil, porque adonde uno va, genera una raíz, hace su vida y se produce un segundo trasplante, es difícil para todos, para cualquiera. Yo creo que la sociedad como tal se defiende un poco de la gente que viene de fuera por razones naturales.

Arg-040-Pro: Creo que, como en todos estos fenómenos de ambos sectores, se han sumado intereses diría, como la causa es una causa justa —la de los derechos humanos—, uno siempre tiene una predisposición hacia el afectado. Diría que el tratamiento siempre es insuficiente para un damnificado y quizás para la familia. (Quizá) muchas familias hayan utilizado esto como una realización personal independiente. ¿Qué quiero decir con esto? Quiero decir: para mí el daño al damnificado hay que repararlo de este daño irreparable. Me parece que eso también incluye el daño que a algunas familias se les produce. Pero veo que en este proceso se han (...) enemigos y amigos de estas dos ideas que han usufructuado y agregado como protagonistas en derecho. Diría que esto fue más, primero, yo no estoy seguro de la cifra de treinta mil (desaparecidos) segundo que (...) la sociedad ha permitido la presencia de la subversión y la condenó sin participar, cuando vino la represión la advirtió y la condenó sin participar...

Pero diría que la sociedad dividió los dos riesgos: el riesgo a la subversión y el riesgo al terrorismo de estado como un fenómeno del funcionamiento de la sociedad.

Arg-010-Neutral: No. Pienso que siempre que existe una afectación política de ese tipo, fundamentalmente no hay reparación posible puesto que el objetivo es la destrucción del oponente político, entonces no existe reparación posible.

Urug-046-Neutral: Bueno, en los pocos casos que yo conozco, sí... Conozco otros casos, claro, en que el daño que hicieron es irreparable. A una persona tenerla 8 años presa, aunque le den después Su\$ 200.000... ¿Quién le devuelve esos 8 años y la frustración que provocaron a un estudiante de medicina de quinto año? El que cuando sale no se anima a volver a la facultad, después de 8 años no reemprende los estudios y termina como un obrero. Por más que le den los Su\$ 200.000... Ah no, eso está mal, se arregla con plata con dinero, pero yo creo que el sufrimiento moral y el daño irreparable que significa haber bloqueado la vida de una persona por tantos años. Eso no lo paga nadie.

Chi-016-Oposición: Pienso que hay muchos dolores de este país que no se han contabilizado, se han contabilizado las cosas grandes, las cosas graves, entonces, los dolores chicos, las pequeñas, las humillaciones de la gente pasan como desapercibidas al lado de las cosas grandes y a una misma le da un poco de vergüenza hablar, por ejemplo... No creo que sea secreto, la verdad es que en el desaparecimiento de mi alumno y de un auxiliar acordamos con los familiares de ellos mantener tranquilo eso durante los años de la dictadura porque de partida era notorio que no había rendimiento y yo no estaba en condiciones de hacer cosas heroicas, políticas así como para agitar, no me mantuve en esa onda y ahora, a raíz del informe Rettig, ahí sí que fui a declarar y de ahí se produjeron, se abrieron esos procesos. Ahora estoy en la etapa de ir a declarar judicialmente, he ido tres veces y también fui una vez a Investigaciones. La verdad es que no lo tuve oculto, siempre tuve contacto, pienso que no había confianza antes, había miedo y yo no voy a ir a declarar con ellos pero, de ninguna manera, aunque hubieran hecho la farsa de juicio pero, en cambio al restablecerse la democracia realmente entré en confianza aunque da un poco de miedo de todas maneras pero, es una situación curiosa en realidad, es como dice Ud., que de un día para otro uno confíe pero, parece que hay que hacerlo, da un poco de miedo de todas maneras, y me imagino que a otra gente le debe dar mucho más miedo con cosas mucho más importantes que la mía, si la mía no es tan seria y lo que puedo declarar no es tanto, que los vi. Pienso que la mayor trascendencia que podría tener sería encontrarlos, o sea, si de alguna manera para esta gente el sufrimiento más imperdonable es el no saber donde están sus seres queridos...

Urug-07-Joven: Yo he tenido oportunidad de tratar gente en la policlínica psiquiátrica. Experiencia de tratos, he recibido pacientes que han estado en los dos bandos, he tenido pacientes de gente que ha sido castigada o que ha sufrido represión dura durante la dictadura o incluso de represores o torturadores en la policlínica psiquiátrica y la experiencia es que en general ha marcado a todos, por lo menos en la gente que yo he recibido, y la pregunta muchas veces que me hago yo y mis compañeros cuando vemos ese tipo de trastornos o de personas con ese tipo de trastornos es qué personalidad previa tendrían para poder avisarse en la lucha, en general psicopatías, personas con personalidades o rasgos de personalidades muy marcados ya sea también de uno o de otro que parecen psicopatológicos....

**Recepción estructurante:** la pregunta sobre el trato social a las víctimas de la dictadura militar no contenía alusión a compensación financiera alguna, sin embargo, esa posibilidad fue la única que tomaron en consideración los dos representantes del Grupo Pro y se mostraron muy preocupados en que se fijaran los límites más inequívocos posibles a tales



demandas, las que redundan en un virtual privilegio de los reclamantes; el aspecto central a esclarecer es quién tiene derecho a ser indemnizado y quién se aprovecha de una ley de este tipo; la gente se conoce por propia experiencia y es notorio que todos sólo buscan ventajas, desde esa perspectiva se obvia la cuestión de cómo pudo ocurrir que tantas personas puedan considerarse como lesionadas por el terrorismo de Estado así como también parece que la cantidad estimada de víctimas potenciales es muy elevada. Un representante del Grupo Neutral se expresa lapidariamente: los sobrevivientes deberían estar agradecidos de no haber sido aniquilados. El segundo representante del Grupo Neutral valora los daños causados como imposibles de medir y, por lo tanto, imposibles de pagar. La persona del Grupo Oposición plantea más bien tres nuevas preguntas: ¿cómo puede medirse el sufrimiento de cada quien? ¿Cómo han enfrentado las víctimas la ausencia de legalidad bajo la dictadura, y qué formas de reparación social tienen importancia en esta situación? Ella clarifica en ello su actitud frente a la búsqueda de justicia durante y después de la dictadura militar. El representante del Grupo Joven trae a colación sus propias experiencias con pacientes "de ambos bandos", ese nivelar las posiciones pretende causar una impresión de ecuanimidad; sin embargo, al subordinar esas experiencias únicamente a categorías psicopatológicas pareció expresar más bien inseguridad que una reflexión suficiente, pues cuando se interrogó más a fondo a este entrevistado sobre los criterios clínicos usados, como complemento de la entrevista, se mostró un tanto inseguro: "esos pacientes vienen a consulta o bien porque son enfermos de índole endógena o por problemas actuales. Yo los trato a todos por igual y les pregunto sólo muy de vez en cuando sobre las experiencias bajo el estado de excepción".

2.- La siguiente pregunta tiene dos fases, una general, en la cual se pregunta su opinión global sobre el tema y otra en que interesa apreciar, en caso de ser positiva la respuesta, las virtuales consecuencias para cada caso en particular.

2.1.- *La pregunta global es: ¿Considera Ud. necesario sancionar especialmente a médicos que hayan trasgredido contra normas éticas regulares durante los estados de excepción?*

Urug-025-Pro: Sí, por supuesto, de un lado y del otro ¿por qué no? Pero no solamente un médico... cualquier persona, es decir, la tortura, sí, por supuesto, absolutamente.

Urug-046-Neutral: Claro. Eso el médico lo hace obligado por su jerarquía. El que acepta, el que corre ese riesgo, ya está procediendo mal, ya es cuestionable en un período así. Ahí sí, fíjese que es aparentemente contradictorio, porque yo le dije al principio de que yo estaba conforme con el orden con o que habían hecho exteriormente. Pero lo que hicieron en las cárceles... no quiere decir que eso esté bien de ninguna manera. ¿Comprende? Y lo que hicieron y si algún colega mío hizo eso o si mintió o si en falso afirmó una cosa, eso es otra cosa (para la) que no hay excusa...

Urug-016-Oposición: Sí nosotros tuvimos una lucha, yo pensé que tú venías a entrevistarme por eso. Porque yo era dirigente de XX, cuando nosotros –contra la opinión de todo el país incluso fuimos citados por el parlamento, tuvimos polémicas públicas, por radio, por televisión, con políticos defendiendo nuestra posición de defensa de la ética médica– hicimos un seminario internacional donde invitamos gente europea, de Filipinas, latinoamericanos que se hizo en XX. Incluso el Ministerio de Educación y Cultura nos amenazó de retirarnos la personalidad jurídica como gremial médica. Nosotros seguimos defendiendo el derecho de los médicos a analizar la conducta de los médicos militares durante el período de facto y a sancionar a aquellos médicos que hubiesen participado en desacuerdo con las normas éticas. Recibimos muchas presiones a través de la prensa, amenazas directas a mi persona no, pero a través de la prensa hubo amenazas, hubo cuestionamiento. Incluso se adujo mi condición de ex médico militar como invalidándome para actuar en las asambleas médicas, que fueron las más numerosas en la historia del sindicato médico. Hubo algunos agravios personales, pero amenazas no, tenía mucho temor... Incluso tuve una entrevista con el comandante en jefe del ejército, (esa) fue una entrevista muy distendida, a pesar del tema que estábamos tratando que era un tema muy urticante para el país, no te olvides que en ese momento se está votando la ley de caducidad de la pretensión punitiva del estado. La posición del comandante en jefe... Él tenía algunos errores de concepto, él pensaba que nosotros por la sola condición de haber sido médicos militares quedábamos fuera de una discusión pública sobre ética, se le explicó cual era nuestra postura, él la entendió, pero no la apoyó, la entendió en esa pequeña reunión, pero en los medios de difusión no.

Chi-049-Joven: Pienso que se ha tratado de tapar el asunto para olvidarlo, pero no de castigar a la gente que cometió los excesos. Creo que uno no puede permitirse eso, independiente de la posición política que uno tenga, todos esos actos de violencia deben ser sancionados. Creo que no existen períodos de excepción para cometer actos en contra de la ética.



**Recepción estructurante:** a esta pregunta global sobre la responsabilidad de médicos en violaciones de los derechos humanos, el primero respondió con una generalización terminante: todos los que participaron deben ser enjuiciados. El segundo despliega una argumentación dividida en esferas de competencia: el médico militar está en una situación en que debe obedecer según su posición en la jerarquía, y eso es en sí una tragedia de la que no hay escapatoria, por eso quizás los médicos que trabajan en las cárceles no pueden hacer otra cosa (que incurrir en violaciones de derechos humanos); él personalmente no está de acuerdo y no lo practica tampoco, aunque le gusta mucho el orden impuesto de esa manera. El representante del Grupo Oposición describe la situación de conflicto en esa época, cuando la continua violación de los derechos humanos hizo entrar en la lucha a muchos médicos y éstos organizaron la resistencia en contra. En la persona del Grupo Joven se aprecia indignación contra los que quieren tender un manto de olvido sobre lo ocurrido y aboga porque se aclaren sin tapujos esos sucesos.

*2.2.- Las siguientes situaciones deben ser definidas como sancionables o no, y en caso positivo expresar qué tipo de sanciones:*

*A.- Examen médico de personas bajo custodia militar o policial y que están con la vista vendada:*

Chi-040-Pro: Bueno, estamos analizando situaciones de excepción en el sentido de que, en un momento determinado, existe un mecanismo de autoprotección, al vivir un período de excepción se arriesga la vida... Entre paréntesis, ayer me tocó ir a ver una película una première que se llama "Cuestión de honor", que es la historia de un juicio en una base americana en Cuba, Guantánamo, a raíz de un hecho circunstancial, pero ahí el comandante de la unidad explica muchas cosas diciendo: "en este momento alrededor de la base hay 4.000 cubanos entrenados para matarme", por lo tanto, es posible que yo tenga que hacer cosas que en una vida normal no las tenga que hacer porque no se justifican, yo creo que un poco eso ocurre en un momento determinado, (por) autoprotección. Yo creo que tiene todo el derecho a protegerse cumpliendo la función que le corresponde como profesional.

Urug-037-Pro: Creo que más que una trasgresión, es una estupidez...

Arg-010-Neutral: El médico es un médico militar, o de fuerzas de seguridad, o es un médico civil, para mí es importante, porque si trabaja dentro de una esfera, se

mueve con ciertos cánones, a los cuales sólo se puede oponer la moral propia del individuo dentro de su profesión. Interpreto que la medicina es una sola, pero el individuo que ejerce esa medicina se encuentra dentro de esas esferas y la aceptación de cada una de estas esferas es propio de cada individuo. En este aspecto (es) que el médico civil no puede presentarse ante un supuesto paciente, al cual no puede identificar, como primera medida y menos cuando tiene tapados los ojos que son algo muy importante dentro de lo que es la semiología y la interpretación de signos. Lo que quiero decir con esto es que las condiciones en que se va a encontrar con el paciente puede aceptar que haya una parcialización del paciente para él, dado que está dentro de una esfera en la cual existen normas que están más allá de su profesión.

Chi-07-Oposición: Creo que depende de las circunstancias, porque si a un individuo lo llevan con una metralleta y le dicen "Ud. tiene la obligación o si no, lo mato". Sin imposición, creo que eso es sancionable absolutamente. La sanción es que si ese individuo no es capaz de dar a conocer públicamente, o dentro de los tribunales, lo que él ha hecho, ese individuo debe ser sancionado con la suspensión de su carrera, suspensión de su actividad.

Urug-07-Joven: Si corresponde realizar el examen médico, sacarle la venda. Si no, no lo puedo examinar. Porque no se puede examinar una persona que no se puede ver. Mirar también es parte del derecho. Si es sancionable, depende de la situación, al principio sólo por ese acto, no sería profesional, yo no lo haría pero no lo veo como algo grave.

**Recepción estructurante:** realizar un examen médico a personas con la vista vendada es algo que ocurre muy raras veces en la práctica médica cotidiana, sin embargo la pregunta al respecto despertó asociaciones claras entre los entrevistados. El primero presentó en seguida una justificación, pues debía tratarse de situaciones de excepción en territorio enemigo. Para el segundo representante del Grupo Pro esa posibilidad no es concebible tratándose de un médico que actúe *lege artis*. El representante del Grupo Neutral sostuvo la opinión de que existen diversas áreas de actividad médicas con reglas diferentes; según la práctica por la cual se decida (militar o civil) el médico, éste debe satisfacer criterios distintos y por lo tanto su trato al paciente es diferente. El representante del Grupo Oposición consideró la posibilidad de que el requerimiento de un examen tal pueda ocurrir en una situación que implicara un peligro para la vida del médico involucrado. Para el representante del Grupo Joven la semiología exige sus derechos, pero el hecho en sí fue clasificado como de menor gravedad.



*B.- Extensión de certificados falsos de salud o defunción sobre personas que se encuentran a recaudo militar o policial:*

Chi-040-Pro. Bueno, yo diría que cualquier certificado que uno firme falso es condenable, o sea, si uno pone la firma sobre algo está asegurando en un momento determinado, que la situación es a, b, o c.

Chi-013-Neutral: Absolutamente sancionable y también suspensión de la licencia.

Urug-016-Oposición: Falta ética gravísima

Urug-07-Joven: Es sancionable, pero no sólo para las personas que están bajo recaudo militar o policial, para cualquiera que haga un certificado falso.

**Recepción estructurante:** aquí la situación jurídica estaba claramente definida para todos los participantes y tuvo lugar una desviación cualitativa a los posibles castigos.

*C.- Ayuda profesional al traspaso de infantes, nacidos durante la prisión de sus padres, a terceros:*

Chi-019-Pro: Es difícil generalizar, pero creo que hay situaciones en que es perfectamente (factible). Voy a poner un ejemplo propio, yo ayudé a quitarle un niño a su madre porque era un niño maltratado y lo tuve bajo mi cuidado médico en la sala del hospital cuando ése tenía meses, con un fractura de columna, con paraplejia total y lo di a conocer todo, con todos los trámites jurídicos del caso. Era una madre que ya tenía antecedentes previos, se le quitó la tuición legal por el juez de menores. Ese niño es hijo adoptivo de un colega nuestro, tiene una vida maravillosa y yo lo he tratado como parapléjico y en este momento tiene 22 años, pero que es legítimo en esa condiciones, ¿no?... *Ah, no, raptados, no. No conozco aquí en Chile colegas que hayan participado en este procedimiento.*

Arg-010-Neutral: Puede existir algún tipo de situación muy especial, pero en general se debe interpretar que si bien uno quiere darle un mejor destino, desde su teoría, a los niños, esto debe estar establecido no por el ocultamiento, sino por una decisión fundamentalmente de toda una familia que considera que esto puede ser así.

Chi-07-Oposición: Incalificable. Eso tiene que ser sancionado, tiene que quitársele el título de médico, sancionado judicialmente, no sólo hay un compromiso ético, sino que hay un compromiso que es penado por la sociedad en forma judicial; esa es una malversación, por decirlo así; con un ser humano, además de una sanción moral, tiene que haber una sanción judicial.

Urug-07-Joven: Es sancionable.

**Recepción estructurante:** esta pregunta no fue captada de la misma manera en los tres países; así, al parecer en Chile no se conocía la entrega de niños cuyas madres se daban de antemano como “desaparecidas” y el entrevistado sólo pudo comunicar su experiencia personal con historias problemáticas de adopción. En Argentina, por el contrario, eso era bien conocido y el interrogado hizo relación al valor de decisión de toda la familia. El siguiente entrevistado, también de Chile, pareció bastante consternado en su respuesta, y el representante del Grupo joven se limitó a la constatación de lo punible de tal acto.

*D.- Participación profesional en torturas y/o tratos crueles:*

Chi-019-Pro. Ah, no, absolutamente condenable. La tortura no tiene justificación en ningún momento, ni siquiera en los procedimientos policiales, en eso con orgullo digo haber sido hijo de un oficial, que llegó a ser general de las FFAA de Chile, el que era mi padre a quien admiro y trato de emular y, conociendo la institución desde dentro, jamás como espíritu de cuerpo existe eso, ahora que haya personas dentro... Pienso que incluso que dentro del código de justicia militar, que es mucho más severo, está sancionado. Eso no está permitido, de tal manera que a la persona que se comprueba que ha procedido en lo que se llama abuso de autoridad o uso ilegítimo de medios desproporcionados en relación etc..., hay una serie de circunstancias donde figura. En forma jurídica es sancionable, es sancionable jurídicamente y moralmente también.

Arg-010-Neutral: Creo que eso no tiene nada que ver con que sea médico o no. La tortura es una acción personal que está totalmente fuera de lo que es ser médico o no ser médico. Es que se debe sancionar a un individuo no por el hecho de ser médico, blanco o rubio o lo que sea.

Chi-016-Oposición: Creo que un médico que participa en torturas. Me imagino que, aparte del Colegio Médico y de la sanción judicial, debería él mismo hacer-



se un estudio psiquiátrico o algo por el estilo, porque esto es como negarse la condición misma de ser médico. Es digno de lástima, de apoyo y de apoyo psicoterapéutico una persona que hace una cosa de ese tipo. Creo que son unos seres que van contra todo lo que han pensado hacer en la vida, no los entiendo. Sé de algunos de ellos, sé un caso que se sabe que está documentado que es torturador y me tocó conocerlo en una posta, en una labor normal y me parece increíble, era una persona sumamente agradable y que realmente uno no sabe que puede pasar para que un médico haga eso y al mismo tiempo uno lo ve como un ser normal, debe haber cosas que los psiquiatras deben conocer mejor que yo.

Arg-019-Joven: Me parece como de lo más grave, es tal vez donde esté más alterado el sentido de la profesión médica. Creo que la sanción tiene que ser la inhabilitación profesional de por vida, la inhabilitación para cualquier actividad que tuviera que ver con la medicina. (p.ej.) dar clases, no sólo atender, sino dar clases o pertenecer a círculos médicos o científicos. Me parece que esto requiere (condenas) importantes yo no puedo decir cuánto en años, pero penas de prisión importantes porque son delitos gravísimos.

**Recepción estructurante:** puesto que la presencia activa de médicos durante la tortura ya no es secreto alguno, se esperaba una clara toma de posición ante esta pregunta. El primer entrevistado abogó por el castigo incondicional de los torturadores, en especial en las fuerzas armadas (cuyo código penal parece implicar castigos más enérgicos para esos delitos). Aquí el investigador se planteó la pregunta de por qué la indignación y la insistencia en el castigo surgen ahora y no en la época cuando ello estaba en el orden del día. El representante del Grupo Neutral respondió en forma muy general: la presunta participación en torturas debería, para él, separarse de una virtual profesión médica. La entrevistada del Grupo Oposición conoce algunos médicos que han sido acusados por torturas ante los tribunales y no los puede comprender (uno de ellos parecía ser una persona muy agradable en el trato entre colegas); ella se resiste a creer que puedan ser normales y recomienda ayuda psicoterapéutica para las personas de ese círculo. En el representante del Grupo Joven el énfasis recae sobre la posible sanción y la examina pormenorizadamente.

y

*E.- Ayuda técnica en ejecuciones en aquellos países en que la pena de muerte está legalizada:*

Chi-040-Pro: Yo creo que está cumpliendo una función como el sacerdote, de tal manera de que ejerce ahí realmente su profesión, aliviando el dolor, la tensión... Tengo entendido que en caso de ajusticiamiento, yo no sé, en Estados Unidos, quién coloca la inyección... Complicada la pregunta, no me había puesto yo en esa situación ¿ahí, qué ocurre? Si a la persona se le aplica la pena de muerte, se utiliza ya sea la electricidad y (si) uno fuera el que baja o sube el conmutador, o coloca la inyección, es el mecanismo que ejecuta una sentencia, por lo tanto, pareciera de que ahí la persona es instrumento desde el punto de vista técnico de realizarlo, no tengo otro comentario que hacer.

Arg-010-Neutral: Creo que todavía no hemos llegado a interpretar la diferencia, la diferencia entre lo que es la profesión de un individuo y persona, uno condicional a la otra. Existe una especie de mezcla muy profunda, también existe la diferenciación en los extremos y en el extremo donde un individuo cree que puede ejercer su profesión en un ámbito donde se deben producir estas situaciones. Bueno por hacerlo muy grosero: no todo el mundo puede ser cirujano, no todo el mundo puede ser hemoterapeuta, sin embargo se puede seguir siendo médico. No, porque si el individuo acepta las reglas del juego y estas son legales, si bien fuimos formados para curar no para matar, existen situaciones donde realmente la sociedad está demandando algo que está muy por encima de lo que puede interpretar un individuo en su soledad...

Arg-022-Oposición: Donde la pena de muerte ya es parte del ordenamiento jurídico, su realización ya no pertenece al campo de la violación de derechos humanos, dado que el ordenamiento jurídico prevé la situación. Ahí es un caso de conciencia, como (tal) yo me atrevería a decir que lo ideal sería que los médicos presionen para la no aplicación de la pena de muerte, a través de las formas colectivas institucionales (que) se habilitan para esto. Bueno, instituciones mundiales internacionales, (las) que muy bien pueden presionar sobre los gobiernos para que se supere la práctica de la pena de muerte, (esta) es una conducta no aceptable.

Arg-019-Joven: Lo que pasa es que yo no estoy de acuerdo con la pena de muerte, en ningún caso ese es el problema. (Considero) más grave la ejecución en los países donde es legal. Yo creo que ahí sería interesante las sanciones de tipo que tengan que ver con actitudes de desobediencia civil, p. ej. la expulsión del colegio médico, la no contratación de ese profesional en instituciones, que en la población se difunda quien es y que la población no se atienda con esa persona. Es decir, (en) todo este tipo de cosas, yo creo que está en manos de la población hacer más allá de lo que dicen las leyes.



**Recepción estructurante:** como la pena de muerte todavía es legal, por ejemplo en Chile, (en Argentina se discute públicamente su reactualización), esta pregunta contiene una cierta urgencia. El primer entrevistado considera al médico actuando en la ejecución como una especie de redentor frente al dolor y la angustia del candidato a muerte, más adelante se percata probablemente de que esa opinión es demasiado atrevida y reduce al médico al papel de un instrumento "en términos técnicos", sin embargo, persiste en él una actitud de anuencia básica frente a esta virtual gestión médica. Para el segundo, esta pregunta alcanza una dimensión metafísica: algunos pueden (y deben) hacerlo, otros no; en todo caso, al simple individuo no le corresponde juzgar. Los dos últimos entrevistados están a favor de luchar contra la pena de muerte en sí y exponen posibles acciones para cumplir con tal propósito.

V.- A continuación se describirán situaciones ejemplares, en las que se realiza un cuestionamiento en acción de actitudes frente a momentos críticos de ética profesional. Deseamos que Ud. se imagine a sí mismo en cada situación y nos diga qué actitud tomaría frente a la problemática específica y por qué.

1.- Su médico jefe está operando, con Ud. como asistente, a un paciente de origen social regular, de improviso él se interrumpe, le pide a Ud. que continúe la operación y sin más sale del quirófano: ha llegado al hospital un paciente importante para un examen de rutina.

*¿Cuál es la actitud de Ud. frente a ello y por qué?*

Urug-025-Pro: Terminó la operación, sí, por supuesto. Espero no tener que hacerlo porque no lo sé, confío en que no me lo pase el cirujano jefe, me cuidaría de hacerlo bien, suponiendo que supiera hacerlo, y si mi jefe me dice y se equivoca y yo no puedo atenderlo... Me hago cargo y termino.

Chi-013-Neutral: Yo como cirujano hago lo que me corresponde hacer, continúo la operación, lo reprocho interiormente y le haré saber en el momento dado que no estaba de acuerdo con lo que él hizo.

Arg-04-Oposición: Bueno, primero atender al paciente y después de solucionado el problema, buscar enfrentar a este profesional al jefe y pedirle explicaciones de esa dualidad de actitud frente a los problemas económicos y de no ser satisfactoria esa respuesta pediría sanciones a los cuerpos éticos. Aquí comúnmente no se hace eso, primero no existe o sea al hospital va el carenciado es decir, no hay escalones y segundo, solamente los hospitales muy jerarquizados, el jefe de servicio

opera una parte de la operación y después pasa a sus subalternos el resto de la intervención. En el hecho en sí, yo creo que si se produce, no considero adecuada la parcialización de una operación, es decir, es responsable de la intervención desde el comienzo hasta el final.

Chi-049-Joven: ¿Cómo le dijera?, en medicina no se pueden hacer diferencias de ningún tipo. Sin duda, si me está pidiendo el colega de que yo... —pero si él salió, salió por alguna razón—, después, probablemente, me voy a enterar de que salió por otra razón; yo continuo, termino de atender al paciente lo mejor posible, y si después me entero de que el colega salió porque llegó el hijo del presidente para que lo atendiera, solicito al Colegio Médico una sanción moral desde el punto de vista ético, porque eso no corresponde.

**Recepción estructurante:** en la respuesta a esta pregunta hubo conformidad sobre un punto: la operación se concluye. Para el representante del Grupo Pro la situación no representa un problema: la llevaría a término, la responsabilidad sobre si la operación termina bien o mal recae en cualquier caso del cirujano jefe, quien debe conocer de antemano la competencia del asistente. El segundo entrevistado procuraría más adelante una conversación discreta con el jefe. El tercero se muestra consternado ante esa posible acción del cirujano jefe, él le exigiría una explicación de esa conducta. La representante del Grupo Joven considera que esa acción no es correcta, pero no conoce ninguna instancia a la que pudiera dirigirse para presentar una denuncia.

2.- Ud. es notificado por las autoridades sanitarias de que ha sido elegido para colaborar en una investigación farmacológica de gran envergadura. No se le dice si sus pacientes pertenecerán al grupo que recibe un potente medicamento o al grupo control, a ser tratado con un medicamento ya comprobado y que Ud. conoce. Se le pide que guarde reserva acerca del estudio, el que es controlado solamente por las personas que trabajan para el Laboratorio. Como una forma de compensación a sus esfuerzos, se ha ofrecido para después de la investigación realizar seminarios de discusión de los resultados en un balneario importante.

*¿Cuál es su actitud frente a esto y por qué?*

Chi-019-Pro: Veo una sola: si la investigación no conlleva riesgos para la persona, yo coopero sin ningún interés personal más que con el afán de confirmar o descartar el beneficio de determinado medicamento. Si yo tengo la certeza de que ese medicamento puede ser dañino me niego rotundamente, aunque tenga tengo



todas las de perder y nadie me puede obligar... Solamente participaría ante la certeza previa de que no hay riesgo para nadie. Yo creo que sí. Como conversaba en relación al Sida, el problema de no tener un modelo animal es muy negativo. Sabiendo ciento por ciento que el Sida es mortal, se empezó a usar el AZT (en personas). Yo pienso que son drogas dañinas y todo, pero sopesando el beneficio versus el riesgo, yo pienso que uno puede colaborar... Pero como usted me lo relató no, salvo que las personas sepan y consientan y acepten el tratamiento, ahí sí. El consentimiento previo es condición sine qua non.

Arg-010-Neutral: Bueno, en primer lugar no puedo someterme a este tipo de prueba, de test, sin conocer realmente cual es el objetivo de la prueba, es decir, ese trabajo no me va a tener a mí entre ellos. No acepto la utilización de ningún tipo de fármaco, ni ningún tipo de acción sobre el ser humano, si no conozco exactamente qué es y, por supuesto, menos desconociendo qué droga, además. Si estoy en el grupo en el cual se está utilizando o en el placebo, en el placebo no tengo problemas podré discutir respecto de lo otro, pero ya cuando no sé en que grupo estoy, ya la cosa no.

Chi-07-Oposición: No lo aceptaría, porque no puedo. Está reñido con mi condición de médico, usar a mis pacientes como conejillos de Indias y ahí lo estaría haciendo. Con mejor razón no los puedo usar cuando no sé qué daño le podría provocar ese medicamento o fármaco en el organismo. De tal manera que, por ningún motivo, lo aceptaría.

Urug-07-Joven: Es (en) los estudios farmacológicos, fundamental la aceptación del paciente de qué vas a hacer y el conocimiento del paciente de a qué va a ser sometido en ese tipo de estudios. Yo he participado en estudios farmacológicos donde se le dice que yo no sé cual de los dos fármacos va a recibir pero le digo, se le aclara al paciente y se recibe la aceptación lógicamente. (Aquí) no participaría, si no puedo informar al paciente.

**Recepción estructurante:** la petición expresa de no hablar sobre ese estudio excluye la información de los pacientes involucrados. El primer entrevistado se muestra abierto a esa empresa si se le aclaran los posibles riesgos para los pacientes, parte de un principio positivo en el cálculo de costes y riesgos, insiste sin embargo en el consentimiento informado de los pacientes. El segundo se manifestó en forma confusa para expresar su averción a no ser informado. Para el representante del Grupo Oposición no era admisible que se dispusiera de pacientes como si fueran conejillos de indias. El representante del Grupo Joven consideró un requisito fundamental el que se solicitara la conformidad de los pacientes.

3.- La Corte Suprema de Justicia solicita su cooperación como médico frente a una huelga de hambre de larga duración, de la que se dice que pone en peligro la vida de los participantes. Se desea que Ud. haga tratamiento intravenoso de sueros nutritivos para interrumpir la huelga de hambre en cuestión

*¿Cuál es su actitud frente a esto y por qué?*

Chi-019-Pro: Si partimos de la base que la vida es el principal derecho del individuo, yo haría el máximo de esfuerzos porque la persona, que está en huelga de hambre, tome conciencia de los riesgos reales en que está y de lo antinatural e inmoral de su actitud. Mirado desde el punto de vista de mi formación, es inmoral y eso es un suicidio pausado... Ahora en caso de que (su actitud) fuese absolutamente negativa y pensando que, mientras se encuentra en ese estado, ella no está en condiciones físicas ni mentales para discernir (tal) como pasaría con un niño: Yo colaboraría en hacer tratamiento a esas personas.

Urug-037-Pro: Yo soy médico, creo que tengo que actuar como médico, pero fundamentalmente para actuar como médico necesito el consentimiento del enfermo es decir, si el enfermo lo acepta, yo actuaría, si él dice que no y está en condiciones de poder decidir por sí mismo, no lo haría.

Chi-016-Oposición: De partida, con la Corte Suprema no haría nada, o sea, no colaboraría en nada con la Corte Suprema de Chile. He participado en huelgas de hambre, en grupos que apoyábamos a los huelguistas y la decisión de los huelguistas era no ingerir alimentos. Ni que les pusieran nada. Se producía una angustia tremenda en los médicos; para mí fueron situaciones a veces casi límites cuando pasaban los días. Al principio, era muy fácil atenderlos pero, cuando iban pasando los días, nos íbamos poniendo todos muy nerviosos y, felizmente, no me tocó enfrentarme a una situación de ese tipo. De todas formas, pienso que ahí no tengo la decisión. Por una parte, creo que lo fundamental es la vida pero, por otra parte, la voluntad de las personas también es importante. Pienso que, en ese caso, el ideal hubiera sido que alguien que no fueran los familiares de detenidos desaparecidos, o quienes fueran, no fueran ellos los que tuvieran que ceder, sino que se les concediera algo para que ellos pudieran ceder. Esa situación, en cierto modo la viví de cerca y no la tengo resuelta. Es muy dura, no tengo muy claro pero, pienso que el ideal sería que se dieran otras instituciones y no los huelguistas de hambre. Por otra parte, creo que la vida es fundamental también: yo no puedo hacer un acto médico que lesione a mi paciente.

Urug-07-Joven: Yo soy psiquiatra y, como psiquiatra, debería llegar a un diag-



nóstico desde mi praxis, para ver qué situación es la que está en juego. Si yo captara que hay una patología psiquiátrica, naturalmente trataría en ese caso al supuesto paciente, no es la situación que describe ahí, por lo menos a priori, entonces difícilmente se puede. Entonces me abstengo de contestar directamente la pregunta.

**Recepción estructurante:** en la pregunta, eran sólo las autoridades quienes definían la situación de los participantes en una huelga de hambre como bajo riesgo de muerte. El primero consideró la vida como un bien abstracto, estaba totalmente en contra de las huelgas de hambre y participaría en el "tratamiento de esa gente". Para el segundo representante del Grupo Pro, la ausencia de conformidad del "paciente" excluía toda actividad médica. La representante del Grupo Oposición se negó a acatar órdenes de las autoridades judiciales e incidió en una descripción impresionante —basada en su propia experiencia— de los conflictos morales de médicos solidarios con los participantes en una huelga de hambre. El representante del Grupo Joven se mantuvo a distancia de una decisión que al parecer no puede reducirse claramente a categorías psiquiátricas.

4.- Ud. es elegida/o como médica/o para participar en una exploración de la Antártida muy importante y que le reportará a Ud. reconocimiento social y aumento significativo de sus ingresos (seis veces su sueldo regular). Se le exige a Ud. discreción absoluta sobre el proyecto y lealtad exclusiva para con el jefe de la expedición.

*¿Cuál es su actitud frente a esto y por qué?*

Chi-040-Pro: Una experiencia en la Antártida, si fuera joven me parecería interesante y un desafío, lo tomaría más que todo como una aventura que otra cosa y pienso que, si las condiciones personales se dan, yo aceptaría. Obviamente que tendría que estar de acuerdo con el proyecto en sí, o sea no iba a ir a participar en un proyecto sin conocerlo integralmente (y) estar de acuerdo con las cosas que se iban a hacer en términos de mi formación, o sea, esa sería una condición previa..., y la discrecionalidad, obviamente que si se requiere una medida de ese tipo y yo acepto asistir, lo haría.

Urug-046-Neutral: Yo tengo que saber cuáles son los objetivos de la misión. Es decir participar en una misión secreta en principio no, yo no iría. ¿Oyó que me ofrecían (en llamada telefónica) un viaje a Estados Unidos y escuchó lo que le dije? Porque yo no voy a ir a pasear nada más.

Arg-04-Oposición: No, no lo aceptaría porque pondría límite a mi opinión en cuanto corre la posibilidad de que yo no esté de acuerdo con algunas de las actitudes de esa investigación, entonces yo no me podría comprometer a eso, ni a la discreción porque puede que en esa investigación haya algo que la opinión necesite saberlo, la lealtad considero que es hacia el género humano y yo la guardo dentro de una estructura que tiene sus límites, cuando me hace superar yo no puedo prestar lealtad absoluta, mis lealtades son relativas.

Arg-019-Joven: Claro, a mí todas las cosas que exigen discreción absoluta, en situaciones regulares, en principio me resultan sospechosas. No sé si debe haber alguna cosa, tal vez la haya, que no pueda ser conocida por el total de la gente. Así que, en principio, ya me caería mal la exigencia de lealtad absoluta. Me parece directamente ridícula porque serían dos exigencias, (la) de discreción absoluta que yo relacionaría con cuando se aplican razones de estado que si hacemos algo no se sabe... Bueno que tenemos mucha experiencia sobre el tema. Y la otra cuestión de lealtad absoluta me suena a creer y obedecer y combatir por el buche (estómagu) porque anula el factor de razonamiento personal así que, en principio, yo no entraría al juego.

**Recepción estructurante:** en esta pregunta sobre la disposición a ser elegido para obedecer a ciegas y sin reparos órdenes superiores, el primer entrevistado ofreció una motivación cerrada en sí misma para explicar su participación en este proyecto. El segundo concibió sospechas de inmediato y estuvo en contra de cualquier actividad oculta. Para el tercero la situación estaba muy clara, él en ningún caso desearía comprometer su discreción, pues sus lealtades eran relativas y estaban en función de las personas y no de las jerarquías. El representante del Grupo Joven se califica a sí mismo como receloso por experiencia, y no participaría de ningún modo.

5.- Durante una asamblea de padres y profesores, el director de la escuela, donde estudian sus hijos, hace pública la infección de SIDA en uno de los padres de alumnos y le pide a Ud. confirmar el diagnóstico ya que se sabe que Ud. trata a esa familia.

*¿Cuál es la actitud de Ud. frente a esto y por qué?*

Urug-037-Pro: Creo que hay un tema muy importante que es el secreto médico. Es decir, el secreto profesional. Yo puedo tomar una decisión, comunicándosela a la familia, pero nunca una dar una definición médica en una asamblea de padres.



Chi-019-Pro: Yo diría primero: si no lo sé, no tengo conocimiento, no puedo decirlo sin la autorización previa de la persona. Categóricamente, el secreto profesional tiene en este campo un significado muy especial y creo que ahí estoy entrando a un tema muy (complejo) y pienso que el secreto profesional debe mantenerse hasta el momento en que, agotados todos los esfuerzos, la actitud de la persona es riesgosa para terceros. En ese momento, yo me siento liberado como médico para proteger a terceras personas (a través) del secreto profesional.

Urug-025-Pro: Citarlo al director a una entrevista privada para decirle que no sea estúpido de denunciar a un caso de Sida en público, eso no tiene ni pies ni cabeza y, por supuesto, que no lo confirmaría.

Arg-022-Oposición: Plantearía el derecho a la privacidad del paciente y de la familia. Demostraría a la concurrencia de la reunión que (tal declaración en) nada contribuiría a la mejora de la situación de sus hijos y de ellos mismos, (sino a) crear una situación de revelamiento de privacidad familiar. Una medida de ese tipo no haría sino crear mecanismos de discriminación, en cambio sí es posible (de) crear mecanismos de prevención, en que no necesariamente se tenga que señalar de la forma como el director de la escuela lo pretende. Porque eso tiene efectos de marginalización.

Chil-049-Joven: No podría tomarme ese derecho, eso depende de la persona, es un secreto médico y solamente si el padre consiente o me autoriza, podría divulgar su estado.

**Recepción estructurante:** clara e inequívocamente impera aquí el axioma del deber del médico de guardar el secreto profesional (todos los entrevistados lo mencionaron), a menos que a) se ponga en peligro a terceros, b) la familia del paciente debiera ser informada, c) el paciente dé su consentimiento para que se haga público. Únicamente un entrevistado aborda la posibilidad –latente en la pregunta– de la discriminación efectiva del paciente.

## 2. SÍNTESIS DE LA EVALUACIÓN CUALITATIVA

La evaluación cualitativa se ha basado hasta ahora en la versión textual de las entrevistas y tenía como objetivo definir las líneas argumentativas de los entrevistados de acuerdo a las diversas posiciones frente al reciente gobierno militar, haciendo manifiesta la diversidad individual.

En ella se ha realizado un recepción estructurante de las diversas opiniones sobre cada tema, para integrarlas a contextos generales de argumentación y de desarrollo histórico. En la siguiente discusión se harán observaciones más profundas sobre el contenido inserto en las entrevistas analizadas.

**1.- La evocación de la violencia organizada tiene connotaciones diferentes para los representantes de los cuatro grupos.** Considerando que el uso de la fuerza por parte del estado constituye aún hoy un factor significativo en los tres países, no resulta sorprendente que casi todos los entrevistados –en forma indecisa al principio, pero muy concretamente después– hicieran mención directa a la violencia social que surge del estado. También es comprensible que los principales adversarios, “Pro” y “Oposición”, inserten específicamente esa idea en una confrontación que tuvo lugar de hecho, y que desde sus respectivas posiciones aluden a las razones de esa violencia (“*La expresión más grande de violencia que ha habido en la Argentina ha sido la subversión...*” [Arg-040-Pro]) o a sus consecuencias negativas para la sociedad (“*Uno nota esa sensación de peligro, ahora. A partir de cuando el estado institucionaliza la violencia, ahí sí uno lo ve, porque además se produce casi una escalación...*” [Arg-04-Oposición]). Por su parte, dentro del grupo “Neutral” pueden constatarse actitudes que difieren más claramente entre sí. En algunos casos se podría hablar de una enérgica aprobación de los resultados materiales (“*La más grande represa que tenemos acá dentro del país, la había hecho un dictador...*” [Urug-046-Neutral]) e incluso de un entusiasmo poco disimulado (“*Digamos que en el período previo [el gobierno militar, H.R.] fue casi –yo no lo vivía diferente de lo que lo puede haber vivido el común de los argentinos–, que era casi como (frente a) la esperanza. Estamos hablando del año 76, [la esperanza] de que una nueva revolución podría cambiar todo...*” [Arg-010-Neutral]), en tanto que otros tomaron parte activa en la defensa de los derechos humanos (“*Fíjese, escribí mucho en la prensa,.. sobre derechos humanos, sobre algunos aspectos de la obediencia debida, por ejemplo, demostrando la falacia de la pena de muerte, el exilio...*” [Chi-013-Neutral]). En el grupo “Joven” se tiene la impresión de que la violencia ha adquirido significados muy diversos a nivel individual (“*Mi familia si estaba preocupada*” [Urug-07-Joven]. “*En realidad, creo que la violencia se genera cuando llegan situaciones que ya no se han podido resolver de otra forma y explotan simplemente.*” [Chi-049-Joven]. “*Sabíamos que eran torturados y que esto no se iba a reconocer nunca...*” [Arg-019-Joven]). Los miembros del grupo “Neutral” expresaron también con mayor claridad la permanencia de la violencia:



para un miembro de ese grupo la institucionalización de la violencia organizada adquiere incluso un carácter abiertamente aniquilador (“Fundamentalmente no hay reparación posible puesto que el objetivo es la destrucción del oponente político, entonces no existe reparación posible.” [Arg-010-Neutral]).

**2.- Hay una opinión consensual en los cuatro grupos frente al proceso de transición a la democracia.** Si bien es posible distinguir diversas posiciones que dan testimonio de complacencia por los logros económicos de la dictadura (“*El estado de bonanza y de progreso que tiene Chile, lo sembró el gobierno militar y lo está cosechando el gobierno democrático.*” [Chi-019-Pro]), de satisfacción por el respeto a los derechos humanos en los nuevos tiempos (“*Lo más importante es saberse en un estado de derecho., sentir que uno tiene a quién recurrir, que tiene una justicia que funciona, que es transparente, que hay un parlamento, que no lo van a amenazar a uno...*” [Chi-013-Neutral]), de un leve desencanto por el retorno de viejas costumbres (“*Del comité; de las recomendaciones políticas; que si usted tiene buena gente que lo recomiende, consigue más las cosas, eso.*” [Urug-046-Neutral]), de agravantes problemas de habituación (“*Hay una crisis total de valores, muy impactante...*” [Chi-016-Oppos]), o de optimismo general (“*Que la gente pueda libremente expresar su pensamiento sin temor, eso es algo que encuentro que es impagable., da la sensación que el país, de alguna manera, tiene cabida para todas las posiciones, y antes como que había mucha gente que estaba fuera.*” [Chi-049-Joven]). Sobre la cuestión del trato a las víctimas de la dictadura militar también parecen coexistir opiniones diferentes. Aun cuando algunas veces se da a entender una franca aprobación de las estructuras autoritarias de poder (“*Por mis ideas, nadie me molestó y yo trabajé mejor en esos años, trabajé mejor, no me molestó para nada.*” [Urug-046-Neutral]), sin embargo entre los entrevistados en general no se percibió expresiones que propugnaran un regreso al gobierno de facto.

**3.- La manipulación de genes no es para los entrevistados una quimera, sino un método para tratar enfermedades hereditarias en un futuro cercano y goza de previa y amplia aceptación.** Aun cuando un miembro del grupo “Pro” entonó una clara loa al progreso (“*[El análisis sistemático del Genoma] me parece un proyecto muy interesante. Me parece que es, diría yo en este momento, el proyecto más grande de investigación del mundo*” [Arg-040-Pro]), hay que destacar que la actitud de los miembros del grupo “Pro” con respecto a ésta y otras cuestiones de ética médica (como p. ej. el alquiler de úteros) fue por lo común reticente; sin llegar a ser conservadores a ultranza, se puede hablar de una cautela notable de este grupo en su relación con nuevos adelantos tecnológicos. En todos los grupos se aprecia que –al manifestar escrúpulos ante transgresiones de límites en materia de ética médica– los argumentos de los entrevistados toman matices religiosos. En general predomina la opinión optimista de que el hombre podrá someter a la naturaleza en el futuro sin elementos de conflicto trascendentes (“*No creo en la realización del súper hombre, yo creo que son decisiones del ser humano ante una patología específica...* [Arg-04-Oposición]”).

4.- El **"Nil nocere"** en cuanto axioma de la práctica médica es de universal conocimiento pero frágil en la práctica. Es *vox populi* que algunos médicos participaron en violaciones a los derechos humanos durante los regímenes totalitarios. El conocimiento sobre la venabilidad de la ética profesional para algunos es omnipresente y en las entrevistas se aferran a consideraciones tácticas (*"Al vivir un período de excepción se arriesga la vida... Yo creo que [el médico] tiene todo el derecho a protegerse cumpliendo [al examinar a pacientes con los ojos vendados] la función que le corresponde como profesional."* [Chi-040-Pro]) o de principio (*"El médico es un médico militar, o de fuerzas de seguridad, o es un médico civil, para mí es importante, porque si trabaja dentro de una esfera, se mueve con ciertos cánones..."* [Arg-010-Neutral]). En otros parece haber producido una profunda consternación (*"Creo que un médico que participa en torturas... Es digno de lástima... Creo que son unos seres que van contra todo lo que han pensado hacer en la vida, no los entiendo..."* [Chi-016-Oposición]). Sin embargo, la constatación de delitos de lesa humanidad y de ética profesional no sólo provocó actitudes de consternación o de parcial aprobación, sino que gestó también las bases de una franca oposición (*"Nosotros seguimos defendiendo el derecho de los médicos a analizar la conducta de los médicos militares durante el período de facto y a sancionar a aquellos médicos que hubiesen participado [en la represión] en desacuerdo con las normas éticas."* [Urug-016-Oposición]). Una gran importancia reviste el hecho de que aún hoy está presente, en el nivel argumentativo de los entrevistados, la controversia principal entre la conformidad latente ante faltas a la ética profesional y la franca oposición contra la pretendida dominación y utilización de la medicina por parte de regímenes totalitarios.

5.- El respeto al secreto profesional parece estar firmemente arraigado y constituir un patrimonio ético-cultural solvente. A propósito de una enfermedad amenazante como el SIDA, las opiniones citadas aquí se relacionan con la persona jurídica (*"No podría tomarme ese derecho, eso depende de la persona, es un secreto médico"* [Chi-049-Joven]), con el bienestar común (*"Pienso que el secreto profesional debe mantenerse hasta el momento en que, agotados todos los esfuerzos, la actitud de la persona es riesgosa para terceros. En ese momento, yo me siento liberado como médico para proteger a terceras personas (a través) del secreto profesional."* [Chi-019-Pro]) o con consideraciones fundamentales (*"Plantearía el derecho a la privacidad del paciente y de la familia.... Una medida de ese tipo [comunicar a la asamblea de la escuela la presunta enfermedad de uno de los padres] no haría sino crear mecanismos de discriminación"* [Arg-022-Oposición]). En las aportaciones de todos los grupos a esta pregunta, el denominador común fue el categórico respeto al deber médico de mantener el secreto profesional.



## Notas

1. Ver: R. Habermas (1975): *Der Universalanspruch der Hermeneutik*. En: H. Holzer; K. Steinbacher (Eds.): *Sprache und Gesellschaft*, Hamburgo, p.91-2.
2. Ver: L. Schatzmann; A. Strauss (1975): *Soziale Schicht und Kommunikationsweisen*. (Estrato social y formas de comunicación) En: H. Holzer; H. Steinbacher, op.cit., p.351-67.
3. En la investigación se consiguió superar los momentos de incomprensión mediante el privilegio del extranjero de preguntar directamente lo que parece un sobreentendido cultural.
4. Gadamer se expresa sobre lo ilimitado del horizonte de significados en los siguientes términos: "En lo históricamente finito de nuestra existencia reside el que estemos conscientes de que después de nosotros otros van a entender siempre de otra manera." Op.cit., p.355.
5. Ver: R. J. Grele (1985); *Ziellose Bewegung. Methodische und theoretische Probleme der Oral History*. En: L. Niethammer, op. cit. p.205-6. A esa circunstancia se debe atribuir por completo el fenómeno de que por lo menos en tres entrevistas ocurrieran desviaciones del cuestionario guía en la parte "La vida bajo el gobierno militar". Un entrevistado uruguayo, antiguamente médico militar, había leído antes textos de entrevistas interpretados en contra suya y rehuyó decididamente las preguntas concretas; los otros dos entrevistados, uno de Chile y otro de Uruguay, eran valiosos desde el punto de vista testimonial, en virtud de sus correspondientes biografías, razón por la cual el investigador profundizó algunos aspectos con preguntas complementarias durante la entrevista. Sólo en las preguntas sobre ética médica se mantuvo una observancia estricta de la guía en todas las entrevistas. Véase op. cit. "Médicos protagonistas..."
6. Este proceder pertenece al análisis inductivo y permite, explorar en términos de una plausibilidad selectiva al interior de las cohortes (theoretical sampling) aquí estudiadas, además sin embargo y para alcanzar un grado de diferenciación adecuado a la realidad textual de las entrevistas, se prestó especial atención a la dimensión personal en las líneas argumentativas. Esta doble estrategia conduce, a nuestro parecer, a una percepción más cabal y adecuada para esta área de gestión intelectual y ética.
7. Véase Flick, U., op. cit. Pag. 169
8. Esta recepción estructurante representa una forma exploratoria del análisis de texto y debe permanecer por lo tanto ligada al texto, manteniendo un alto grado de concretismo y generalidad.
9. La expresión "persona" tiene diferentes connotaciones, según nos atengamos a su origen griego o latino, en griego significa tanto como "máscara" o rol histriónico, en latín implicaría el "transmitir sonido a través de". Los participantes en las entrevistas sabían del anonimato de estas entrevistas y recibieron -antes de su publicación- cada texto completo y ya anonimizado. Se da así el fenómeno especial de que podemos ahora tomar contacto con testigos de la época sin sus referencias personales, pero con un alto grado de consistencia temática y argumentativa. Un propósito de estos textos es el de entregar manifestaciones auténticas sobre ese período de nuestra historia, desde diversas perspectivas.

10. Aun cuando las opiniones de la mayoría de los representantes de los cuatro grupos muestran una marcada coherencia argumentativa, es sin embargo preciso tener presente el hecho de que ningún entrevistado opinó sólo como miembro de un grupo determinado; por el contrario, cada quien dejó entrever en su propio discurso momentos de fragilidad argumentativa frente a situaciones de cierta complejidad, ética o biográfica, lo que le confirió a su opinión un carácter inequívocamente personal, de gran importancia para esta investigación.
11. Véase especialmente el capítulo 3 en E. Lira y M.I. Castillo (1991): *Psicología de la amenaza política y del miedo*. Santiago.
12. Así se deseaba constatar en qué medida tienen aún hoy aceptación y uso aseveraciones estereotipadas, sin importar en qué línea de pensamiento se encuadren ellas.



### III. RESULTADOS CUANTITATIVOS: COMPARACIÓN GRUPAL

A continuación se da curso a una evaluación cuantitativa del estudio, la que permitirá ilustrar nuevas perspectivas de comprensión del material empírico e introducir un complemento heurístico en la evaluación global.

El procesamiento cuantitativo de la investigación de campo se realiza conforme a los criterios de comparación de grupos. Los datos utilizados se obtuvieron en base al cuestionario (con respuestas básicas); en forma directa de las respuestas a los cuestionarios enviados por correo, e indirecta de las respuestas y opiniones contenidas en las entrevistas.<sup>1</sup> Sobre esa base se pudo realizar una evaluación computada de base estadística.<sup>2</sup> Esta evaluación de los materiales permitió demostrar que la división en grupos "Pro", "Neutral" y "Oposición" poseía consistencia y que los grupos se diferenciaban entre sí en forma significativa para la mayoría de los ítems.

Este uso de métodos de evaluación cuantitativa abre nuevas vías de acceso hacia el colectivo entrevistado y complementa eficazmente la evaluación cualitativa, por cuanto no sólo se examina a los individuos y sus declaraciones personales en las entrevistas (independientemente de lo detalladas que éstas puedan ser), sino que se incluyen también las conexiones de orden temático y grupal que existe entre los entrevistados.

#### I. TABLAS SELECCIONADAS

Frente a un caudal de información formado por casi dos docenas de cuadros sinópticos, daremos curso a una selección. En ella se presentará la respuesta particular en forma detallada sobre ítem temático y actitud hacia el gobierno militar (cada unidad significa un entrevistado) en doce de veintitrés tablas totales.

Acerca del procedimiento: las preguntas son conocidas ya desde la sección anterior. Aquí se constituyen tablas cruzadas (respuesta + categoría x grupos de investigación). Las respuestas básicas a cada pregunta se ofrecen *in extensi* bajo el cuadro sinóptico. La tabla se analiza mediante un comentario resumido. Tras la presentación de estos cuadros se realiza una síntesis global de la evaluación cuantitativa.

TABLA 1

¿Cómo percibió Ud. la intervención militar? (Preg. B 4)

Actitud	Respuestas					C.F.: O
	a)	b)	c)	d)	e)	
	Reacción a influencias extranjeras	Intervención frente al caos	Consecuencia de la polarización	Acto de violencia arbitrario	Interrupción violenta de proyecto	
Pro	1	8	3	0	0	
Neutral	0	3	4	1	0	
Oposición	0	1	4	13	2	
Total:	1	12	11	14	2	

**Respuestas prototípicas:**

- a) fue una respuesta nacional frente a influencias extranjeras violentas
- b) fue una intervención necesaria frente al evidente deterioro social: caos económico y/o violencia política y/o corrupción moral
- c) fue consecuencia previsible de la polarización en las luchas políticas y sociales
- d) fue un acto de violencia arbitrario, sin base jurídica ni moral
- e) se interrumpió violentamente un proyecto global de transformaciones sociales

**Comentario:** La Tabla 1 da a conocer las manifestaciones sobre la intervención militar, utilizadas hoy en día en los tres países.

Estas expresiones sirven para fundamentar o condenar esa intervención, pero también para comprobar coincidencias significativas que reúnen a miembros de los tres grupos en un nivel diz que neutral.

Como era de esperarse, los detentores de la intervención militar aparecen en forma mayoritaria en el grupo Pro, sin embargo, en el Grupo "Neutral" se percibe una afinidad latente con esa forma de razonamiento. Igualmente previsible era la gran cantidad de miembros del grupo "Oposición" que condenan la intervención militar. Sin embargo, distribuido entre todos los grupos, se encuentra un importante número de respuestas bajo "consecuencia de la polarización" (c).



TABLA 2

¿Cree Ud. lo que se decía acerca de torturas, muertes y "desapariciones"?

Actitud	Respuestas					C.F.: 1
	a) "Excesos sin importancia"	b) Sí, pero en ambos bandos	c) Conocido sólo entre implicados	d) El terror tenía sistema	e) El terror me afectó personalmente	
Pro	2	6	2	2	0	
Neutral	1	1	2	2	2	
Oposición	0	0	1	10	8	
Total:	3	7	5	14	10	

**Respuestas prototípicas:**

a) La prensa ha exagerado mucho todo lo que dice relación con torturas, muertes y 'desapariciones'. Sí, hubo excesos y yo supe de ellos, pero los consideré como tales.

b) Sí, desde el principio era cierto, pero para ambos bandos. Porque hubo situaciones de apremio, asesinatos de prisioneros de guerra, raptos para cobrar rescate y 'desapariciones' de enemigos en una situación de guerra irregular.

c) Se sabía y comentaba eso sólo en los círculos de interesados.

d) La oposición fue perseguida por todos los medios desde el inicio del gobierno militar; el terror que producen la tortura, los asesinatos y las "desapariciones" fue instrumentalizado.

e) La práctica de torturas, muertes, pseudofusilamientos y "desapariciones" fue desde el principio la regla y afectó a muchas personas de mi ámbito personal / a mí mismo

**Comentario:** En la Tabla 2 se pregunta sobre el *conocimiento general de violaciones a los derechos humanos*. La distribución de respuestas corresponde a las aseveraciones habituales. Así la mitad del grupo "Pro" ve las violaciones del orden jurídico como hechos conocidos, pero que ocurrieron en el marco de una "guerra irregular", mientras otros las desestiman como casos aislados y exagerados por los medios de comunicación. Por su parte, la mitad del grupo "Oposición" se refiere al terror

como algo sistemático; una cantidad considerable de él se vio amenazada directamente.

Este cuadro muestra que las violaciones de los derechos humanos pueden considerarse como suficientemente conocidas por la inmensa mayoría de los entrevistados (la respuesta ausente pertenece al grupo "Oposición", y éste debiera saberlo). De manera que cada quien ha podido formarse una propia opinión. Más de la mitad de los entrevistados, incluyendo a miembros del grupo "Pro", reconoce la existencia del terror; un número considerable lo aprecia como sistemático y los menos limitan el ámbito de esos sucesos a un pequeño grupo de confabulados en las fuerzas armadas o en la resistencia.

TABLA 3

¿Debe sancionarse especialmente a aquellos médicos que hayan trasgredido contra normas éticas regulares durante los estados de excepción? (Preg. D 2.1)

Actitud	Respuestas					C.F.:1
	a) Sin duda, más en el fragor de la lucha	b) No, situación es en sí incom- parable	c) Médicos también son afectos a la ley	d) Sí, pero conside- rando atenuantes	e) Sin condiciones	
Pro	2	1	1	5	3	
Neutral	0	1	1	2	3	
Oposición	0	0	0	3	17	
Total:	2	2	2	10	23	C.F.:1

#### Respuestas prototípicas:

a) No disculpo a nadie, pero puedo llegar a entender más de un exceso durante los estados de excepción: en el fragor de la lucha...

b) No, porque hoy no se puede apreciar con justicia cómo fueron aquellos tiempos y hay situaciones extremas que se prestan a malas interpretaciones.

c) Los médicos no deben ser considerados en condiciones diferentes a las de otros miembros de la sociedad.

d) Sí, pero considerando cada situación en particular y las posibles presiones ejercidas sobre el implicado.



e) Sí, sin condicionamientos y bajo cualquier situación.

**Comentario:** El Cuadro 3 se refiere al trato social de aquellos médicos que colaboraron de hecho con la dictadura militar. En base a la información previa, se podía suponer que la *participación de médicos en delitos de lesa humanidad* durante el gobierno militar era de conocimiento público. Aquí se esperaba averiguar la posición personal del interlocutor ante ese tema, así como sus posibles interpretaciones, primero en términos generales y después vinculada a situaciones concretas.

El trato de las trasgresiones a la ética profesional durante el estado de excepción, constatables jurídicamente, apunta en la dirección de una condena general. Sin embargo, mientras la gran mayoría del grupo "Oposición" insiste en un esclarecimiento y sanción sin condiciones y para ello tiene consenso de personas de los grupos "Neutral" y "Pro", un número considerable de miembros del grupo "Pro" se esfuerza por establecer criterios para definir circunstancias atenuantes, lo que encuentra apoyo de miembros de los grupos "Neutral" y "Oposición".

Además, y a pesar de un punto de vista general condenatorio de las violaciones a los derechos humanos cometidas por médicos, en el grupo "Pro" hay todavía algunas opiniones que señalan su origen "en el fragor de la lucha" o su relativización dadas las "situaciones extremas que se prestan a malinterpretaciones", en ello incide también un miembro del grupo "Neutral".

De este cuadro se puede concluir que existía un conocimiento general acerca de la participación de médicos en delitos de lesa humanidad (sólo un miembro del grupo "Neutral" no respondió a la pregunta). Durante el curso directo de las entrevistas no hubo nadie que dijera desconocer estos hechos.

TABLA 4

¿Hubo situaciones de peligro real para Ud.o miembros de su familia antes de o durante el gobierno militar?

Actitud	Respuesta		
	a) Si	b) No	
Pro	2	10	
Neutral	3	4	
Oposición	18	2	
Total:	23	16	C.F.: 1

**Comentario:** La Tabla 4 trata de la sensación subjetiva de *amenaza bajo el gobierno militar*. Ante un período histórico caracterizado por un elevado grado de violencia, existía un claro interés en conocer si el interlocutor respectivo había llegado a experimentar algún tipo de amenaza en la época previa o durante el gobierno militar. La caracterización de esa amenaza era también importante.

La mayoría de los entrevistados declaró haber tenido contactos con una violencia amenazante. Inusitado resulta el elevado grado de experiencias personales en el grupo "Neutral", mientras que las escasas declaraciones del grupo "Pro" y mayoritarias del grupo "Oposición" corresponden a lo que se podía esperar.

TABLA 5

Especifique Ud., p.f.: (Preg. 10.1):

Respuesta	Pro	Neutral	Oposición	Total
Situación				
Acoso telefónico	1	1	3	4
Amenaza directa	1	1	3	5
Persecución directa	0	0	3	3
Exilio temporal	0	1	4	5
Prisión	0	0	5	5
Imputación torturas	2	0	0	2
Ninguna	8	5	2	15

**Comentario:** En la tabla 5 debía manifestarse en términos concretos el *tipo de amenaza* experimentado.

Es evidente que tanto el acoso telefónico como la amenaza directa han tenido efecto en casi todos los grupos y han dejado vivos recuerdos. La persecución directa y la prisión se dieron exclusivamente en el grupo "Oposición". Personas del grupo "Neutral" y del grupo "Oposición" tuvieron que soportar exilio temporal. Por otra parte, dos miembros del grupo "Pro" declararon que se les había imputado



participación en torturas, y aunque no se vieron expuestos a un peligro directo, sí han sido objeto de una masiva presión social.

De las declaraciones de este cuadro puede inferirse que la época del estado de excepción dejó huellas existenciales claras en todos los involucrados. En el grupo "Oposición" muchos de los entrevistados vivieron situaciones de peligro que pueden constatarse fehacientemente (colectivo expuesto); a pesar de todo, miembros del grupo "Neutral" están igualmente involucrados, mientras que miembros del grupo "Pro" experimentaron acoso telefónico o amenazas directas en dos casos, en general hablan poco sobre eso, pero en cambio destacan la amenaza latente por acusaciones de tortura.

TABLA 6

¿Hubo situaciones psíquicas de descompensación en Ud. o en miembros de su familia? (Preg. B 11)

Actitud	Respuesta		
	a) Sí	b) No	
Pro	1	11	
Neutral	0	7	
Oposición	4	15	
Total:	5	33	C.F.: 2

**Comentario:** En el cuadro 6 se busca constatar el *estado psíquico de los interlocutores* durante los estados de excepción. Como suponemos que el clima social en la dictadura militar también influyó sobre la psiquis de los participantes, queríamos conocer detalles en sus propias palabras.

En total cinco de cuarenta personas reportaron descompensaciones psíquicas de consideración en esa época y son ellas miembros de los grupos "Oposición" y "Pro".

TABLA 7  
Especifique Ud., por favor:

Sintomatología	Respuesta			Total
	Pro	Neutral	Oposición	
Ninguna	11	8	7	26
Hipervigilancia	0	0	4	4
Síndrome depresivo	0	0	4	4
Ataques de pánico	0	0	1	1
Estado de ansiedad	0	0	1	1
Acción vs. miedo <sup>3</sup>	0	0	3	3
Sin referencias	1	0	0	1

**Comentario:** Al considerar las *formas específicas de sufrimiento psíquico* durante las dictaduras, se revela en la tabla 7 una discrepancia con los datos de la tabla precedente, pues el número de personas con descompensaciones psíquicas no se reduce a cinco, sino que abarca a trece.

No obstante, esta disparidad en los datos puede explicarse teniendo en cuenta que únicamente el síndrome depresivo y los estados de ansiedad son interpretados por los interlocutores como problemas de orden psicopatológico. En tanto que los otros síntomas se mostraron reducibles a las condiciones del estado de excepción y tuvieron una aparición temporal (por ejemplo, tras una ola de detenciones, la pérdida de una persona próxima), son considerados por los entrevistados como dignos de mencionar pero no en cuanto signos clínicos de sufrimiento psíquico.

A las preguntas directas del entrevistador se respondió que la hipervigilancia, la compensación activa de la angustia (acción versus miedo) o los ataques de pánicos breves son en sí reacciones psíquicas a tensión emocional, pero que no fueron experimentados como especialmente perturbadores —en todo caso, no como entidades patológicas— para la constitución psíquica en general. Por lo demás, la mayoría de los miembros de la oposición pasaron por fases persecutorias, sin que las impresiones básicas pudieran ser confirmadas o negadas, pues ellas eran parte de la vida cotidiana bajo los militares.



Los datos de este cuadro ponen en evidencia una situación de alta tensión emocional en los miembros del grupo "Oposición" durante el gobierno militar: casi dos tercios de los médicos opositores informan sobre cambios psíquicos significativos en esa época.

TABLA 8

¿Qué hace Ud. si su médico jefe lo abandona por razones menores en medio de una operación iniciada en común?  
(Preg. E 1)

Actitud	Respuesta					C.F.: 1
	a) Termino op. y emplazo al jefe	b) Termino op. e interpele al jefe	c) Termino operación sin comentarios	d) Pido ayuda a colegas	e) Interrumpo la operación	
Pro	4	3	4	1	0	
Neutral	0	4	2	0	1	
Oposición	16	4	0	0	0	
Total:	20	11	6	1	1	

#### Respuestas prototípicas:

a) Continúo la operación, en la medida de mis posibilidades técnicas. Cuestionar la conducta del jefe, personalmente y luego frente a la comisión de ética o a las autoridades pertinentes.

b) Continúo la operación, en la medida de mis posibilidades técnicas. Decirle al jefe que su comportamiento no me parece correcto.

c) Continúo la operación, en la medida de mis posibilidades técnicas. No hacer mayores comentarios sobre la situación.

d) Solicito a otro cirujano de experiencia que me ayude a terminar la operación.

e) Me negaría a continuar con la operación.

**Comentario:** El grado de *aceptación de actitudes arbitrarias de un superior* que surgen exclusivamente de su posición jerárquica se pretendía comprobar en la Tabla 8.

Una actitud de rechazo público se encuentra en forma mayoritaria entre los

miembros del grupo "Oposición" y con frecuencia en el grupo "Pro"; mientras que la mitad del grupo "Neutral" y un número notable de miembros del grupo "Pro" y del grupo "Oposición" se declaran partidarios de aclarar el incidente en privado. Un número considerable del grupo "Pro", y un número notable del grupo "Neutral" aceptaría la situación sin comentarios. Una persona del grupo "Pro" redujo la situación a aspectos técnicos y un miembro del grupo "Neutral" se negaría a continuar la operación.

Este cuadro nos muestra que la gran mayoría de los entrevistados continuaría la operación; la mitad presentaría una queja formal contra el superior y más de un cuarto lo dejaría para una aclaración privada. Por lo demás, casi un quinto de los participantes está dispuesto a aceptar esa situación, es decir, cedería sin más a los deseos de la autoridad infractora de las reglas (c + d).

TABLA 9

¿Deben participar médicos en ejecuciones en aquellos países en que la pena de muerte está legalizada? (Preg. D 2.2.5)

Actitud	Respuesta					C.F.: 2
	a) Médico puede aminorar ansiedad y dolor	b) Sí, ya que aquí es ley del país	c) Sin opinión	d) Lesiona deber frente a la vida	e) No es un acto médico	
Pro	1	1	3	2	5	
Neutral	3	0	0	1	3	
Oposición	3	0	0	7	9	
Total:	7	1	3	10	17	

**Respuestas prototípicas:**

a) No es sancionable, ya que la ley lo permite y la sociedad lo acepta. Además el médico puede tratar de humanizar la ejecución.

b) No es sancionable, porque es la costumbre del país respectivo y desde fuera no se puede opinar.

c) No tengo opinión al respecto.

d) El médico asume un deber frente a la vida y debe rechazar toda presión



que atente contra ella, venga de donde venga. SP: moral, p. ej.: a través de organizaciones internacionales y de médicos locales.

e) Es sancionable, porque esa no puede ser la labor de un médico, no conozco la forma de sanción posible.

**Comentario:** La Tabla 9 se refiere a la *participación directa de médicos en ejecuciones*. En relación a la pena capital, el propósito era cuestionar la posibilidad de que un médico, obedeciendo solamente directivas del estado, actuara como verdugo.

En las respuestas salta a la vista, en primer lugar, la marcada divergencia, así como puede constatarse un alto grado de imprecisión conceptual: "no es un acto médico"; de esta forma, se expresa casi la mitad de los miembros de todos los grupos. Una cuarta parte de los entrevistados concentra el asunto en la fórmula hipocrática "lesiona deber frente a la vida" y esto ante todo en el grupo "Oposición", así como en forma aislada en los grupos "Pro" y "Neutral". Resulta interesante que casi un quinto de los entrevistados tomara en consideración la disminución del sufrimiento como legitimando la ejecución a través de un médico y esto en forma significativa en el grupo "Neutral", y aislada en los grupos "Oposición" y "Pro".

TABLA 10

¿Interrumpiría Ud. una huelga de hambre por medios médicos?

	Respuesta					
	a)	b)	c)	d)	e)	
Actitud	Intervención bajo ninguna circunstancia	No me dejo instrumentalizar	Me abstengo	Tratamiento en peligro de muerte	Acto contra suicidio	
Pro	3	1	0	5	3	
Neutral	3	0	0	1	4	
Oposición	10	0	0	8	1	
Total:	16	1	0	14	7	C.F.: 2

### Respuestas prototípicas:

a) Una huelga de hambre es un acto político y legitimizado por la costumbre, los participantes son ciudadanos en plena consciencia y conocen los riesgos de ella y sus efectos sobre la opinión pública. No haría nada sin la autorización expresa de ellos.

b) Una huelga de hambre es un acto político. Como médico se pide mi cooperación. Yo me negaría a ser instrumentalizado por la institución que fuere.

c) Me abstengo de tomar posición.

d) Una huelga de hambre es un acto político. Voy a conversar con los huelguistas para conocer su situación real de riesgo. Si se encuentran en verdadero peligro de muerte, los trataría como personas con síndrome suicidal y haría la transfusión, porque el deber del médico es resguardar la vida.

e) se solicita mi intervención como médico frente a presuntos suicidas y como tal debo medir los riesgos para los implicados y proceder en consecuencia.

**Comentario:** En la Tabla 10 se trató la *interrupción médica de una huelga de hambre*. La necesidad de decidir personalmente frente a una intervención de esta índole parece haber impresionado mucho a los entrevistados. La constelación de factores (huelga de hambre con posible riesgo de vida, instancia jurídica superior, acto médico forzado) actuó en ellos más bien como una cuestión de fe, antes que de ética médica, y esto ocurrió para todos los grupos. El derecho a la huelga de hambre en sí y un virtual componente suicida en las conductas de los huelguistas fueron planteados abiertamente.

De tal manera, el supuesto peligro de muerte se interpretó como un hecho y un número considerable de miembros del grupo "Pro" y del grupo "Oposición", así como aisladamente del grupo "Neutral" pensó en un tratamiento específico para prevenirlo. La misma línea argumentativa siguió la consideración de los huelguistas como virtuales suicidas, que en cualquier caso requerían tratamiento, a saber, en la mitad del grupo "Neutral", un número notable del grupo "Pro" y aisladamente en el grupo "Oposición".

El derecho jurídico y moral a la huelga de hambre encontró igualmente una categórica consideración, esto es en la mitad del grupo "Oposición" y en un número significativo de miembros del grupo "Neutral" y "Pro".



TABLA 11

¿Considera Ud. legítimo el transplante de órganos de personas muertas en accidentes y no identificables?

(Preg. C 2)

Actitud	Respuesta				
	a) Sí, porque mantiene vida de terceros	b) Sí, porque está médica- mente legitimado	c) No, porque es posible abuso	d) No, posible lesión de creencias	e) Abstención, pues tema es desconocido
Pro	1	9	0	2	0
Neutral	3	5	0	0	0
Oposición	3	8	6	2	1
Total:	7	22	6	4	1

**Respuestas prototípicas:**

a) Es legítimo, porque la medicina debe propender al bienestar de los enfermos y aquí se manifiesta el deber de mantener la vida de otras personas en peligro.

b) Es legítimo, porque necesario en términos médicos y jurídicos.

c) No es legítimo, porque la muerte física individual a menudo no se determina con exactitud y ello puede prestarse a abusos con personas no identificables (en asilos y manicomios p. ej.).

d) No es legítimo, porque puede coludir con las creencias de la persona muerta y de su familia (ej.: Testigos de Jehová).

e) Me abstengo, porque la materia me es extraña y no conozco sus alcances técnicos ni éticos.

**Comentario:** En la Tabla 11 se trata el grado de disposición a utilizar *órganos de muertos no identificados para transplantes*.

La tendencia activa a recurrir a los órganos de una persona fallecida no identificada (a + b) fue especialmente conspicua en los grupos "Pro" y "Neutral" y se encuentra además en el grupo "Oposición" con frecuencia significativa.

Interesante resulta el hecho de que la alusión al posible mal uso de las disposiciones fuera claramente expresado sólo dentro del grupo "Oposición", mientras que, con excepción del grupo "Neutral", se aprecia el peligro de una contravención de principios religiosos.

Este cuadro señala, por un lado, un alto grado de disposición latente a usar órganos de personas fallecidas no identificadas, y por otro, un temor subyacente a generar vías para el abuso de atribuciones y a la arbitrariedad frente a aquéllos que no pueden defenderse.<sup>4</sup>

TABLA 12

¿Considera Ud. legítimo el uso del "embarazo huésped"? (Preg. C3)

Actitud	Respuesta					
	a) Sí, si hay acuerdo moral y judicial	b) Sí, porque es derecho de los padres	c) No, porque existe pos. de adopción	d) No, implica fecundación in vitro	e) Abstención pues ética- mente desconocido	f) Abstención pues técnica- mente desconocido
Pro	2	1	4	4	1	0
Neutral	1	5	0	1	0	1
Oposición	6	5	6	1	1	0
Total:	9	11	10	6	2	1

C.F.:1

### Respuestas prototípicas:

a) Es legítimo, siempre y cuando exista una suerte de acuerdo moral y legal entre las partes implicadas de hacer lo más adecuado para el futuro bienestar del niño en gestación (p. ej.: permanencia del niño ya nacido con la mujer "hospedante").

b) Es legítimo, porque los padres tienen derecho a procrear un hijo propio con ayuda de la medicina y de una tercera persona.

c) No es legítimo, porque hay una responsabilidad integral frente al niño en gestación y frente a la mujer gestante y –sin forzar condiciones de por sí adversas para el niño tan deseado– se puede ser padre también por adopción.

d) No es legítimo, porque la fecundación *in vitro* es cuestionable por razones religiosas y/o culturales.

e) Me abstengo, porque la materia me es extraña y no conozco sus alcances éticos.

f) Me abstengo, porque la materia me es extraña y no conozco sus alcances técnicos



**Comentario:** En la Tabla 12 se definen las posiciones sobre la *virtual gestación de embrión en útero ajeno*. En las tendencias básicas de las respuestas, salta a la vista una actitud positiva al respecto (a + b), tanto en los miembros del grupo "Neutral" como en los del grupo "Oposición", en los que se manifiesta mayoritariamente, aunque en el grupo "Neutral" se da preferencia a la factibilidad concreta de la intervención y en el grupo "Oposición" a los aspectos jurídico-morales. En tanto que en el grupo "Pro" predomina claramente una actitud fundamentalmente negativa (c + d), que, cada vez en un tercios, se remite a soluciones alternativas (adopción) o alega motivos religioso-culturales contra la fecundación *in vitro*.

Este Cuadro muestra que los entrevistados evaluaron en total como alta la probabilidad de una tal intervención médica. Esto se refleja en la claridad argumentativa de las respuestas, de tal manera que ellas expresan explícitamente las consecuencias implícitas en la intervención.

## 2. SÍNTESIS DE LA COMPARACIÓN GRUPAL

Un análisis de contenido temático de las tablas precedentes permite desarrollar las siguientes consideraciones:

– *Existe una tendencia a la objetivación de sucesos histórico-sociales.* La percepción cuantitativa de los orígenes de la intervención militar hace decantar opiniones, muchas de las cuales tienen visos altamente abstractos: ella habría sido una consecuencia previsible de una polarización en los conflictos sociales y políticos, y aquí parecen converger los puntos de vista de miembros de todos los grupos. En principio esta explicación “objetivante” parece ser resultado de la cautela personal aprendida durante la dictadura, en cuanto a no manifestar la propia posición política, luego da la impresión de condensar en sí una apreciación reflexionada de los desarrollos sociales, con una clara percepción de los conflictos sociales de esa época. Sólo la consideración de los textos presentados en la parte cualitativa, pone en evidencia la diversidad de significados y posibilidades de interpretación que se oculta detrás de una declaración (homogeneizante) de esta naturaleza.

– *Hubo alto grado de conocimiento en torno a las violaciones a los derechos humanos durante las dictaduras militares.* La pregunta directa sobre las infracciones a los derechos humanos durante el régimen militar permite observar un hecho social relevante de las dictaduras militares en Sudamérica, cual ha sido la eficacia de la divulgación sistemática de tales hechos. Sólo una persona no opinó al respecto. Las respuestas recibidas, muestran una percepción diferenciada de esos sucesos y por regla general con claras líneas argumentativas; incluso cuando se les calificó de “excesos”, existía una comprensión específica de ellos.

– *Los delitos de lesa humanidad perpetrados por médicos son de conocimiento público.* En este rubro no sólo importa considerar los planteamientos usuales (enfocados a una situación de lucha directa o a un contexto propio, no comprensible en la actualidad) o la predominante condena de esos hechos, sino también ver en cuántas formas diferentes se expone la opinión ético-jurídica, de por sí fundamental, que manifiesta que los delitos en sí deben ser condenados, pero siempre considerando todas las circunstancias individuales atenuantes. Aquí parecen confluir diversas líneas argumentativas y desembocar en una paradoja, pues en tanto que para algunos el interés de justicia y de condena legal sigue principios inmanentes y considera debidamente aspectos particulares, para otros parece ponerse el acento sobre una necesaria reducción de la culpabilidad en general, lo que podría promover una actitud de amnistía en la opinión pública (el énfasis en la expiación a través de los remordimientos de la propia consciencia, oído con frecuencia en las entrevistas, podría apuntar en la misma dirección argumentativa: si la sociedad ya está enterada de todo, se podría dejar en paz a esos pobres diablos).



– *El cerco a través del terror dejó huellas existenciales en los entrevistados.* En relación a las situaciones de peligro experimentadas, se observa que las circunstancias graves (persecución, exilio, prisión) afectan particularmente a los miembros del grupo “Oposición”, pero también una persona del grupo “Neutral” tuvo que abandonar temporalmente el país. La impresión de que el terror del pasado proyecta aún su sombra sobre el presente, se confirma al apreciar que la acusación de haber participado en torturas parece pender como una espada de Damocles sobre las cabezas de los presuntos culpables.

– *Depresión y reacciones de estrés son corolarios psicopatológicos de esa época.* La referencia directa de los entrevistados a estos modos de respuesta psíquica a circunstancias plenas de ansiedad y tensión existencial (en la entrevista la caracterización de experiencias psíquicas inusuales quedaba a juicio del entrevistado) es significativa. Mientras que el síndrome depresivo, incluyendo estados de ansiedad, tiene un claro valor psicopatológico a los ojos de los entrevistados, las reacciones de estrés como hipervigilancia e hiperactividad (acción versus miedo) no fueron interpretadas como patológicamente perturbadoras. Reszczynski et al. (1991) constataron una gran frecuencia de ese síndrome de reacciones de estrés en la época posterior al golpe militar en Chile y describieron esa forma de asimilación de la ansiedad como una hiperfunción del proceso psíquico. Aquí sólo se constata que esa reacción de estrés, como estado permanente, dejó huellas mnémicas muy claras en los afectados.

– *Existe aún un potencial relevante de aquiescencia autoritaria entre los médicos.* La escasa aceptación del franco abuso de poder en el quirófano encuentra su clímax en la respuesta consternada de un participante (interrumpir una operación por motivos personales equivale a romper con un tabú en la autodefinición del médico). No obstante, siete entrevistados llevarían adelante la operación sin hacer ningún comentario. Estas respuestas llaman la atención hacia tendencias a una obediencia irrestricta a la autoridad, existentes también entre los médicos.

– *La ejecución como acto médico se enfrenta a una repulsa parcial.* El hecho de que una parte notable de los entrevistados de todos los grupos aceptara la aplicación de la pena de muerte por médicos, según nuestra opinión, merecería una investigación propia. De momento, sólo hay que tener presente la circunstancia de que algunos entrevistados verían en ello al médico “como en la función de un sacerdote” (Entrevista Chi-040-Pro).

– *Los huelguistas de hambre pueden ser vistos como suicidas en potencia.* La huelga de hambre como acto político parece influir profundamente en el área de competencias y deberes médicos. La pregunta en sí da la impresión de haber apelado a fuertes temores latentes en los entrevistados. El gran

número de miembros del grupo "Neutral" que procedería profesionalmente como ante un virtual suicida podría explicarse por el temor de ser acusados de malpraxis frente a quien precisa atención médica, ante esto al parecer ellos no tienen en claro sus derechos ciudadanos y profesionales (la gran cantidad de respuestas en las que se rechaza cualquier intervención médica contra la voluntad de los huelguistas subraya el hecho de que en ninguno de los tres países se puede obligar a un médico a intervenir). En total se observa que la fe en la confiabilidad de las instituciones del estado —como por ejemplo, la Corte Suprema de Justicia— es poco cuestionada y se conserva la disposición a acatar sus disposiciones sin dilación.

- *Un muerto no puede hacer valer sus derechos.* Parece haber un alto grado de aceptación entre los entrevistados para utilizar órganos de personas fallecidas no identificadas, como acto legítimo. Dilucidar si esto es algo que nace sólo de una consideración utilitaria o de una actitud de aprobación incondicional de la vida, requeriría una investigación centrada en ese tema. La pregunta central a responder, desde la perspectiva de los entrevistados, sería si los derechos individuales (como el derecho a la integridad física) pierden vigencia con la muerte —y por lo tanto deben derogarse sobre todo judicialmente— o si el principio de preservar la vida constituye una dimensión que eclipsa todo lo demás y que, por consiguiente, permite actuar sin recato incluso en contra de los derechos de muertos no identificados. Estas posibles alternativas de interpretación ocultan diferentes connotaciones en relación a la percepción del valor y la dignidad de un muerto no identificado (véase Nota sobre los incidentes en el hospital Montes de Oca).



## ANEXO DE CONSIDERACIONES ULTERIORES

Creando bases para una discusión final, pueden examinarse tres preguntas generales, en el contexto de estos primeros análisis de resultados empíricos:

- ¿Son los médicos especialmente apropiados como testigos de la época?
- ¿Tuvo primacía el grupo de pertenencia o la persona del entrevistado en el desarrollo de las respuestas?
- ¿Puede generalizarse esas afirmaciones o deben ellas sólo interpretarse como opiniones personales de los entrevistados?

La primera pregunta puede responderse afirmativamente, considerando la densidad argumentativa manifiesta en las opiniones sobre todos y cada uno de los temas. No influye en ello tan sólo el que la selección de los médicos entrevistados se realizara de acuerdo a la participación personal o las experiencias vividas durante el régimen totalitario; además de ello, la disposición de cada quién a responder preguntas de implicación personal, en el curso de la entrevista, estuvo muchas veces marcada por una cautivadora sinceridad. Para cumplir con requisitos básicos como testigos históricos competentes, los entrevistados tenían que haber tenido conocimiento cabal de las situaciones mencionadas en la entrevista y haberse formado una opinión propia al respecto. Las afirmaciones textuales de los médicos entrevistados dan un testimonio elocuente sobre vastos periodos históricos y prácticamente sobre cada uno de los problemas planteados.

En cuanto a la segunda pregunta, hay una gran fluctuación en las respuestas dadas, pues si bien en algunas secciones de la entrevista, como por ejemplo acerca de la vida bajo el gobierno militar, se obtuvo con frecuencia respuestas acordes al rol del entrevistado, otros instantes de la interacción investigada, como por ejemplo actitudes frente a momentos conflictivos en la ética médica, se caracterizaron por opiniones muy personales.

La tercera pregunta puede responderse en dos pasos. En primer lugar, frente al área de la ética médica existe un conocimiento de fondo y una marcada sensibilidad temática en la opinión de la mayoría de los entrevistados, por lo que parece haber una continua discusión pública de estas materias, que conduce en segunda instancia a un alto grado de congruencia discursiva en las entrevistas realizadas. En forma global, surge la impresión de que las declaraciones textuales citadas aquí reflejan actitudes específicas del "espíritu de la época" sobre los diversos temas.

## Notas

- \* Para el desarrollo de este trámite de la investigación agradezco la cooperación técnica desde Bilbao/España de Ma. Dolores Martínez Moya, Ph.D. y de Luis Candia G., Ph.D.
1. Al evaluar los cuestionarios estandarizados, en las respuestas múltiples sólo se tomó en cuenta aquella que parecía congruente con la entrevista. En los caso en que no hubo ninguna respuesta, este hecho no se incluyó en el banco de datos. En los Cuadros se indica como "cuota faltante" (C.F.) y sirve para la orientación general.
  2. Para cada posibilidad de respuesta del cuestionario estandarizado se efectuó un registro binario en el banco de datos, de esta manera se buscó alcanzar la mayor flexibilidad posible en los análisis de base matemática.
  3. Con esta acepción se define un comportamiento para atenuar la ansiedad y el miedo por medio de actividad dirigida a metas, si bien de corto alcance, muy específicas (por ejemplo, "Mantener el contacto con colegas y amigos a pesar de las oleadas de terror con que nos invadían". Comunicación personal de una médica entrevistada).
  4. Esta actitud cautelosa podría estar relacionada con una situación reciente en Argentina: en el período entre 1986 y 1992, una gran cantidad de pacientes (los datos oscilan entre varios cientos y más de mil) fue "desaparecido" del hospital psiquiátrico Montes de Oca en la provincia de Buenos Aires. Una comisión investigadora organizada más tarde encontró, en fosas comunes anónimas, pruebas indiscutibles de que a las personas enterradas allí les habían extraído órganos (sobre todo córneas). En nuestra opinión esa forma de comercio de órganos no sólo es criminal, sino que podría valer como ejemplo paradigmático de un trato desdeñoso e inhumano con pacientes confiados a la tutela médica y de una actitud por parte de los implicados de certeza total en la impunidad de sus actos, además del hecho de que otras personas también "desaparecieron" en circunstancias poco claras, hasta hoy no se ha presentado ninguna acusación formal (véase informes detallados en "Clarín", Buenos Aires, 23.II.1992 y *Le Monde Diplomatique*, París, Agosto 1992.).



## IV. EVALUACIÓN GLOBAL DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

### PRESENTACIÓN

El título de este libro “Ética médica en tiempos de crisis” conjuga la relación entre la ética profesional y los derechos humanos en la praxis médica regular y frente a la historia reciente de Argentina, Chile y Uruguay. Para definir contextos y delimitar alcances se recurre a la acepción griega de crisis: momento culminante de decisión de un proceso, en el cual se conjuga el tránsito a través de un conflicto a su necesaria dimensión temporal.

La ética médica experimentó un constante cuestionamiento durante el período militar en los países de América del Sur y la gestión profesional de muchos médicos osciló entre los polos de decisión de una obediencia irrestricta o de una oposición consecuente.

El interés básico de esta investigación fue acceder al ámbito personal de los médicos tanto en su situación individual cuanto en su función de testigos de una época histórica.

Si bien muchos de los médicos entrevistados han tomado parte activa en el pasado reciente, tanto en labores concretas dentro de cada gobierno militar, dentro del área académica y profesional o en actividades de oposición y solidarias con las víctimas de la dictadura, no constituyó nuestro foco de atención este rasgo sobresaliente en sí —en términos de referencia específica— sino la persona del entrevistado en su constelación existencial, esto es el médico como actor con su biografía y opiniones propias.

Al presentar las opiniones con alto contenido personal, se debió recurrir al anonimato de los entrevistados, pues el trato de la relación entre ética médica y derechos humanos durante el Estado de excepción aún es motivo de profundas controversias en los tres países y este libro no se propone enjuiciar ni condenar, sino sistematizar los acontecimientos de ese período —superando el carácter de anécdota circunstancial— y así delimitar las áreas de responsabilidad específicas y permitir al lector crearse una opinión propia sobre cada aspecto en particular.

Para dar curso a un estudio circunstanciado de la situación de la medicina y

de los médicos durante los gobiernos de fuerza en América del Sur se presenta aquí una visión sucinta de los hechos ocurridos en el área de interacción de la ética profesional de los médicos con los derechos humanos en América del Sur (en base a una sistemática propia).

### ÉTICA MÉDICA Y DERECHOS HUMANOS EN AMÉRICA DEL SUR \*

La situación de la ética médica en Argentina, Chile y Uruguay —países al “umbral del desarrollo”— manifiesta un alto grado de complejidad y está representada en la actualidad en forma paralela por tres corrientes principales, con razones propias para cada una:

a) la dimensión bioética, en tanto que la evaluación de las consecuencias de la tecnología y del desplazamiento de las fronteras de la medicina (trasplantes de órganos, biotecnologías, reproducción humana) significa aquí también un aspecto relevante;

b) la dimensión médico-social, pues hoy como ayer la pobreza cobra su tributo en violencia estructural en una parte importante de la población a través de enfermedades y de una atención médica inaccesible para muchos<sup>1</sup> y

c) la dimensión de derechos humanos, ya que la época de las dictaduras militares mantiene un efecto latente y las consecuencias de la violencia organizada se hacen paulatinamente manifiestos en los individuos y la sociedad.<sup>2</sup>

Esas tres dimensiones están enclavadas en estructuras autónomas: la participación en el discurso internacional sobre bioética es realizada, entre otros, por institutos como la “Fundación J. M. Mainetti para el Progreso de la Medicina”, en La Plata, Argentina, y sus órganos de publicación.<sup>3</sup> La investigación y planificación consagrada a la medicina social, de larga tradición en Sudamérica, fue retomada en las universidades de Argentina, Chile y Uruguay tras el retorno a la democracia<sup>4</sup> y, la dimensión de los derechos humanos ha encontrado un acceso reconocido a las revistas médicas especializadas.<sup>5</sup>

Estos tres niveles de gestión en ética médica en Sudamérica parecen poco congeniables entre sí. Pues si bien la medicina vive actualmente un verdadero auge de la deontología (la ética como doctrina de los deberes), tanto en el campo académico como en el profesional (en 1992 se publicaron simultáneamente en Uruguay

---

\* En base a este texto se desarrolló la sesión Nr. 9 del congreso internacional sobre “Códigos éticos en Medicina y Biotecnología en Friburgo”, Alemania (12-15 de Octubre de 1997). Acerca de su publicación en la versión alemana e inglesa véase Literatura de Referencia al final del libro.



dos tomos sobre normas, códigos y declaraciones en ética médica para estudiantes y profesionales), hasta ahora sin embargo ninguna instancia académica de los países del estudio se ha visto en condiciones de iniciar una síntesis de esas tres vías de conocimiento de la ética médica. Es de suponer que los sucesos ocurridos durante las dictaduras militares hicieron surgir una sensibilidad muy afeitada frente a la fragilidad ética del quehacer médico, pero también que los temores propios del estado de excepción mantienen su efecto hasta hoy incluso entre representantes de opiniones sólo un poco diferentes en lo relativo a la ética médica en el concierto social.

La experiencia social de los últimos veinte años en América del Sur muestra ejemplarmente cómo la dominación totalitaria logró influir substancialmente en la actividad médica, y en este nuevo orden de cosas, cómo muchos axiomas éticos fueron objeto de omisiones y ultrajes regulares, pareciendo así que ellos fueran tan solo una expresión de buenos propósitos y no constituyeran de por sí principios rectores de la actividad médica; máximas de la ética profesional de conocimiento regular en el personal de salud en cada uno de los tres países, además de estar sancionadas en múltiples convenciones y códigos internacionales.<sup>6</sup>

Contrastando los acontecimientos bajo el "Estado de excepción" con el espíritu del código de Nuremberg, es posible postular que el código pierde su calidad rectora en el ámbito de interacción de la médica con los derechos humanos bajo la dictadura en Argentina, Chile y Uruguay.

Para demostrarlo en términos ejemplares se dará curso aquí a un estudio de la praxis médica bajo el régimen militar sobre siete cuestiones centrales y tres bloques temáticos, a saber:

### **Bloque I: Sobre la obediencia incondicional**

- 1) ¿Es demostrable la actividad específica de médicos en tortura?
- 2) ¿Hubo colaboración directa de médicos con la justicia militar?
- 3) ¿Participaron médicos en la entrega de niños recién nacidos de "madres desaparecidas" a terceras personas?
- 4) ¿Fueron los médicos implicados tan solo secuaces de los regímenes de violencia?

### **Bloque II: La otra expresión de la historia**

- 5) ¿Hubo resistencia de parte de los médicos frente a violaciones de derechos humanos?
- 6) ¿Son convincentes las revelaciones de las comisiones de ética profesional instauradas a esos efectos?

### **Bloque III: Reacciones frente a nuevos dilemas de ética**

- 7) ¿Qué actitudes frente a zonas de conflicto ético de nuevo cuño son deducibles de las experiencias de esa época?

El estudio de la relación entre ética profesional y derechos humanos en ese período sigue la sistemática enunciada en los siete temas centrales y en base a documentos de solvencia reconocida.

La participación directa de médicos, tanto en actividades represivas del terrorismo de estado como en manifestaciones de resistencia, dio curso a circunstancias inéditas, sobre las cuales tanto menos se sabe, cuanto se hace referencia a ellas como propias de una época "excepcional".<sup>7</sup>

## BLOQUE I: SOBRE LA OBEDIENCIA INCONDICIONAL

La disposición a cooperar con un sistema represivo se demostró explícitamente en algunos miembros del cuerpo médico. La opinión sobre la tortura del Dr. Guido Díaz Paci, frente a la Comisión Especial del Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile, es muy significativa ya que él fue encargado, como médico de sanidad militar, de los detenidos por razones políticas durante más de seis años:

"Creo -dice (el Dr. Díaz)- que la tortura es un grado extremo de apremio físico y que el apremio físico, sin provocar lesiones, es legítimo..., aquél apremio que sólo provoca dolor..., es lo mismo que uno le hace a los hijos cuando les tira de las orejas o les da un golpe de castigo..., pienso que el apremio psicológico también puede estar permitido, como impedir el sueño o algo por el estilo..."<sup>8</sup>

### I. TORTURA Y PRAXIS MÉDICA

Una definición conceptual da constancia de la existencia de un fenómeno. El Colegio Médico de Chile (CMC), además de reconocer su vigencia, amplía para la tortura el ámbito de actividades profesionales más allá de gestiones nocivas de galenos:

"La supervisión de la tortura desde una perspectiva médica equivale a la evaluación periódica de la capacidad de la víctima para soportar un tratamiento cruel. También involucra el tratamiento de las lesiones causadas por la tortura o no denunciar la tortura, dejando de este modo a la víctima a merced de sus aprehensores".<sup>9</sup>

#### *a) Tortura bajo observación médica*

La máxima ética *nil nocere* (no producir daño en la gestión médica) es afectada en forma substancial por la participación de médicos en actividades de tortura y malos tratos.



Las situaciones ejemplares, descritas a continuación, dan cuenta de la actividad médica en torturas.

En Argentina, el Dr. Liwski describe la siguiente situación, ocurrida durante el "Proceso de Renovación Nacional":

"Ya atado, la primera voz que oí fue la de alguien que dijo ser médico y me informó de la gravedad de las hemorragias y que, por eso, no intentara ninguna resistencia... En esos días hay una segunda... intervención de Vidal que es en relación a un comentario que le hace a uno de los torturadores, casi textualmente: "Por el día cuarto o quinto de tortura, hay que insistir porque entonces la acetilcolina se está agotando y a partir de allí sabemos que toda posibilidad de resistencia es vanato a mis dos hijas de 3 y 6 años en ese momento, Ana y Julieta, es consultado Vidal por el operador más directo de tortura, el comisario Raffo, acerca de las condiciones a considerar para aplicar tortura en niños. Fue muy categórica la respuesta de Vidal diciendo que a partir de los 25 Kilos ya era posible la aplicación de la picana eléctrica."<sup>10</sup>

En cuanto a Chile, el Informe "Verdad y Reconciliación" detalla lo ocurrido en la localidad de San Antonio, representativo de la situación general en Chile tras el golpe de estado de 1973:

"Fue característica... la presencia de médicos, también encapuchados, que controlaban la tortura (de modo que no fuese mortal) y atendían de urgencia a las víctimas más dañadas por ella. En la rutina habitual, el detenido cuyo interrogatorio no ofrecía ya posibilidades de nuevas revelaciones, era remitido o devuelto – generalmente en estado lamentable– a la Cárcel Pública de San Antonio... El informe de un organismo humanitario, a fines de 1973 y comienzos de 1974, hace ver el alto número de atenciones médicas que requerían los prisioneros de la cárcel, número cinco o seis veces superior en porcentaje a los de otras cárceles visitadas..."<sup>11</sup>

En Uruguay hubo médicos que realizaban evaluaciones sistemáticas sobre la virtual resistencia de los prisioneros:

"Al ser admitido a un centro de detención cada nuevo detenido era examinado por un médico, quien luego preparaba un 'informe médico completo'. Este informe era enviado a los oficiales militares responsables del detenido. Los oficiales a cargo del interrogatorio a menudo utilizaban esta información referente a problemas de salud preexistentes para establecer un límite para el maltrato. Por ejemplo, si el oficial sabía que el detenido tenía problemas cardíacos, la inmersión en el 'submarino' debía abreviarse, o tal vez reemplazarse por otro procedimiento. Además los oficiales a veces solicitaban exámenes médicos durante una sesión de tortura para decidir si debía suspenderse o si podía continuar."<sup>12</sup>

### *b) Labores médicas específicas en lugares de detención*

Durante la dictadura, la actividad médica y sanitaria en cárceles y campos de concentración se realizó a menudo en base a criterios no habituales en tiempos de democracia.

En Argentina se puede reconstruir esta particular actitud de acuerdo a la siguiente declaración:

“Mientras estaba en *La Escuelita* recibí atención médica en dos ocasiones. Una vez durante una sesión de tortura y estando aún vendado, alguien auscultó mi corazón y mis pulmones con un estetoscopio. Después se hicieron pruebas de orina debido a que uno de mis riñones había sido afectado. Me sentí como un animal en un experimento de laboratorio, con un profesional que atendía a mis funciones vitales pero que no me consideraba como ser humano. Otro prisionero me dijo conocer al médico. Él pudo ver al médico por debajo de su venda y lo había reconocido. Solo recuerdo que su último apellido era alemán y que era un doctor de la primera división de la armada en Bahía Blanca”.<sup>13</sup>

La situación en cárceles y otros sitios de detención en Chile no revela contornos muy diferentes:

“Alberto Barraza... manifestó en su declaración ante el tribunal que un médico lo trató en tres ocasiones mientras estaba siendo sometido a tortura. ‘Después de cada examen el médico decía: ‘Está muy bien, pueden seguir con el tratamiento’. Se trataba evidentemente del mismo médico que me hizo tomar tabletas tres veces al día y un líquido agrio con gusto a menta’..”<sup>14</sup>

En un comentario pertinente el Dr. Mandressi manifiesta al periodista de *The New Yorker*, L. Weschler:

“Ud. debe comprender que estos tipos eran especialistas. Ellos fueron altamente entrenados en métodos para producir el máximo dolor sin dejar ni una sola huella física significativa, y en particular, sin matar a la víctima. Ha habido relativamente pocas muertes bajo tortura en Uruguay. Esto era así porque por lo común había médicos que asistían las sesiones.”<sup>15</sup>

### *c) Tortura y tratos crueles, en base a criterios médicos*

No hubo sólo presencia física de médicos en las diversas actividades represivas, sino que algunos de ellos también parecen haberse esforzado por realizar sus labores en términos cada vez más sofisticados.

Sobre Uruguay entrega el Dr. Gregg un ejemplo de celo profesional en esta suerte de actividades:



“Un ex-funcionario del Penal de Libertad expresó que los informes de los médicos ayudaban a un estrecho control de las ‘actividades y actitudes de los reclusos’: ‘Aprendimos mucho sobre la marcha. Cuando observábamos algún tipo de actitud nerviosa, mucha charla, demasiada conversación, tomábamos medidas para neutralizarlo... Por ejemplo les concedíamos menos tiempo de recreación, les quitábamos los libros, los cambiábamos de celda, aumentábamos los controles. Todo esto reduce sus actividades porque nunca duermen tranquilos, nunca descansan.”<sup>16</sup>

En un país de reconocida formalidad como lo es Uruguay no parece causar mayor sorpresa que la policía, ya en fecha tan temprana como agosto de 1970, haya solicitado permiso a la justicia para utilizar pentotal en el interrogatorio de presos políticos. Poco antes el Senado de la República había designado una Comisión para aclarar las denuncias de torturas, al parecer ser una de las actividades regulares de la policía política incluso antes del golpe de estado en 1973. Un médico forense, convocado a declarar ante dicha Comisión, contestó: “¿Y Ud. pregunta si hay torturas? Debe ser el único uruguayo que no lo sabe.”<sup>17</sup>

#### *d) Ejecuciones con métodos propios de la medicina*

Mucho menor difusión ha tenido la utilización de conocimientos médicos para producir la muerte de prisioneros. La información de que disponemos se refiere solo a Argentina, en Chile y Uruguay no se excluye que también haya ocurrido, pero no contamos con referencias verificables de ello:

Del Informe “Nunca más” surge la siguiente declaración:

“... Los tres vehículos entran por una calle lateral de tierra hasta un paraje arbolado, allí estaba el oficial médico Dr. Bergé (.....) Se desciende a los tres cuerpos de los tres ex-subversivos que en esos momentos estaban vivos. Los tiran a los tres sobre el pasto, *el médico les aplica dos inyecciones a cada uno, directamente en el corazón, con un líquido rojizo que era veneno. Dos mueren, pero el médico da a los tres por muertos...* Allí el cura von Wernich me habla en una forma especial por la impresión que me había causado lo ocurrido; me dice que lo que habíamos hecho era necesario, que era un acto patriótico y que Dios sabía que era para bien del país. Estas fueron sus palabras textuales...”<sup>18</sup>

#### *e) Malpraxis circunstancial con consecuencia de daño*

La experiencia en el tratamiento médico de los reclusos parece estar impregnada también por una actitud de desprecio hacia sus derechos como pacientes.

El Dr. Liwski declara sobre una experiencia de enfermedad durante el período de prisión:

“Al día 60 o 65 de estar desaparecido, fue como consecuencia de un cuadro muy agravado, que se me presentó por fiebre tifoidea, que me había vuelto a aparecer por aquél momento. Fue traído a la celda Vidal, pude verlo en forma directa e indicé delante mío la medicación adecuada para estos casos que es cloranfenicol. Todos los que participan de la actividad médica saben que se requiere de un tratamiento de alta dosis, prolongado y permanente como condición básica para la efectividad de este tratamiento,... se suspendió el cloranfenicol a las 48 horas. Por lo tanto, el efecto es exactamente contrario al que se busca con el tratamiento.”<sup>19</sup>

**Reflexión ético-profesional:** En tanto que todos los países de América Latina han suscrito y ratificado la Convención contra la Tortura, parece evidente que el postulado “tortura y praxis médica son contrarias entre sí y se excluyen mutuamente” sea de conocimiento general y se refleje en la actividad médica cotidiana. Sin embargo no basta con tal declaración de buenas intenciones para crear una conciencia del problema entre los médicos y la población global; creemos que solo la demostración ejemplar de casos de omisión y de lesión a la máxima moral proclamada puede conducir a que tome cuerpo social una cultura de los derechos humanos.

## 2. MEDICINA Y JUSTICIA EN VÍNCULO DUDOSO

Hay diversas áreas de función profesional que concitan el interés particular de cada régimen de excepción y en las cuales sólo se mantiene a personas de absoluta confianza<sup>20</sup>, en América del Sur la medicina forense ocupó una posición destacada.

A continuación nos abocaremos a exponer circunstancias de conflicto ético en que la interrelación entre medicina y justicia se destaca ejemplarmente en términos controvertidos.

### *a) Labores médico-forenses*

El funcionamiento de la Morgue Judicial durante la dictadura argentina muestra formas de complicidad profesional de los médicos forenses con el aparato represivo y permite entender cómo funcionaba un sector del sistema de “desapariciones” de personas muertas por el aparato militar.

Las personas destinadas a la “desaparición oficiosa” eran llevadas a la Morgue Judicial para su autopsia y ser identificadas cabalmente y luego, trasladadas por los militares e inhumadas en fosas comunes como N.N., sin que se informara de estos actos a sus familiares:



“Siempre ocurría igual: se cerraban las calles adyacentes a altas horas de la noche y camiones del ejército ingresaban a la cuadra, para detenerse ante el citado edificio. Allá depositaban su carga. Nadie, entre el aterrorizado vecindario, se hubieran atrevido a decir en voz alta lo que todos fueron sabiendo poco a poco.”<sup>21</sup>

Aún en plena dictadura, a fines de 1982, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) planteó una denuncia sobre actos irregulares en el funcionamiento de la Morgue Judicial entre los años 1976-78 que afectaban a 106 personas, cuyos cuerpos habían sido ingresados en ella Morgue por orden militar.

De la acusación formal hemos extractado lo siguiente:

“En esencia, los denunciantes estimaban que, mientras el Poder Judicial informaba, a través del rechazo de *hábeas corpus*, que se ignoraba el destino de los desaparecidos, sus cuerpos sin vida (varios identificados y otros sin cumplirse este trámite elemental) estaban en poder de la Morgue Judicial con conocimiento de la Cámara Penal... Se imputaba que dicho organismo hubiera realizado autopsias y efectuado inhumaciones de cadáveres N.N. sin dar intervención a ningún juez, siguiendo para ello instrucciones de las Fuerzas Armadas, lo que representaba la omisión de investigación por parte del Tribunal Superior, pese a su conocimiento de la evidencia de ‘muertes violentas’ e inexistencia de intervención del magistrado competente.”<sup>22</sup>

Para fundamentar esta acusación se incluyeron “Expedientes con juicios de *habeas corpus* en los cuales se sentenció el rechazo de la acción protectora fundado en que las autoridades requeridas para informar, respondieron que ‘no están detenidos’, cuando su cuerpo mortal (estaba) precisamente en la Morgue del Poder Judicial”.

Durante la investigación administrativa siguiente, el decano del Cuerpo Médico Forense en 1978, Dr. José Daverio, declaró en un informe que la Cámara Penal tenía conocimiento cabal de estos hechos y que él, como corroboración de ello, había solicitado con insistencia “la integración de un mayor número de médicos autopsistas dado el incremento del trabajo a consecuencia de la remisión de cadáveres por la autoridad militar.”<sup>23</sup>

Las presiones a que eran sometidos los médicos funcionarios en el Uruguay se manifiestan en el siguiente documento:

“En los primeros días de diciembre (año 1976) viene a buscarme a mi casa la ambulancia del cuartel. El chofer y el enfermero me dicen que en Bella Unión había fallecido un detenido. Me llevan al despacho del Jefe del Regimiento, quien me confirma aquel hecho y me dice que sólo los jefes y ahora yo saben de esta muerte y que si la noticia trascendía sería de mi cargo. En ese momento repliqué que tanto el chofer, enfermeros y soldados sabían del hecho pues ya era comentado por muchos en el cuartel.

Esa misma noche me trasladan a Bella Unión... En el cuartel de Bella Unión se hallaba el cadáver de Dante Porta, realizándose la autopsia por el médico de policía Dr. N..., quien no era médico forense. Dicha autopsia resultó en "blanco" (sin evidencias de daño específico). Se me exige la confección de un certificado de defunción, en el que hago constar como causa de muerte "polimicro infartos de miocardio", pretendiendo con tal diagnóstico poner un signo de Shock que yo íntimamente pensaba que había sido la causa —o probable causa— de la muerte de Porta."<sup>24</sup>

### *b) Emisión de certificados falsos de buena salud o de defunción*

Las intenciones manifiestas en los actos de trastocar diagnósticos, hacer declaraciones falsas y evaluar incorrectamente parecen surgir no sólo de un afán de ocultamiento llano, como en el acápite anterior, sino además de documentar un área paralela de actividades médicas, consecuente al interés de causar daño a los afectados y que para la mayoría de los casos, en ausencia de cuestionamiento jurídico ulterior, mantiene la impunidad de los médicos implicados.

Una investigación desarrollada por el equipo científico de apoyo a las Madres de Plaza de Mayo de Argentina da a conocer los nombres de veintiún médicos que habrían expedido certificados falsos de defunción; así por ejemplo, sobre "muertes por enfrentamiento", cuando en verdad las personas afectadas habían sido fusiladas.<sup>25</sup>

En una documentación específica sobre esta rama de labores profesionales, el Colegio Médico de Chile no elude incluso poner un comentario sarcástico:

"El Departamento de Ética está al tanto de numerosos casos en que los médicos han examinado a víctimas de la tortura antes de su liberación pero no informaron sobre la existencia de lesiones derivadas de la tortura. *Parecería que estos detenidos acababan de abandonar un establecimiento de descanso. Todos gozan de buena salud y no denotan signos de traumatismo físico.* El médico de la CNI emite un certificado de salud en el que se expresa que todo está normal. La firma del médico es casi siempre ilegible. Además el médico no anota el número de su documento de identidad en el certificado.... Creemos, sin reservas, que estos certificados no cumplen con su objetivo de proteger al detenido. Por el contrario se han tornado parte de una rutina que permite todo tipo de excesos con total impunidad. *Los médicos que expiden tales certificados son, por lo tanto, cómplices de tales excesos*" (Cursivas H.R.).<sup>26</sup>

Para el caso uruguayo merece especial consideración la muerte bajo tortura, ocurrida poco después de su detención en 1984, del médico Vladimir Roslik. Ella trajo consigo la primera investigación interna del gremio médico sobre la respon-



sabilidad de médicos militares en violaciones de derechos humanos. De esta forma se puso de manifiesto la dificultad básica de algunos funcionarios de salud militares para separar las áreas de competencia militares y médicas.

En su declaración ante una Comisión Investigadora ad hoc de la Asociación Médica del Interior (AMEDRIN), el Dr. E. Saíz P. mencionó como algo rutinario el haber examinado tres veces en menos de veinticuatro horas al Dr. Roslik "por orden recibida", dijo no haber oído que éste se quejara de haber sufrido torturas y que, también por orden superior, había realizado la autopsia del Dr. Roslik después de su muerte. En el informe autopsico oficial establecía que la muerte se había debido a una "falla cardiorrespiratoria".

La familia del Dr. Roslik, a instancias de otro médico, el Dr. Burjel, exigió la realización de una segunda autopsia. Ésta aportó claras pruebas de la muerte violenta del Dr. Roslik a manos de sus captores; así, el volumen sanguíneo estaba muy disminuido en los grandes vasos, había ruptura hepática, signos de traumatismo esplénico y estigmas de múltiples traumatismos superficiales y profundos. Además se observaba que el pulmón derecho, en sus lóbulos medio e inferior, presentaba "un contenido con similares caracteres macroscópicos del contenido gástrico"... síndrome asfíctico", esto es, señal de aspiración (indicio de asfixia por inmersión). Los anatomopatólogos llegaron a la conclusión de que la muerte del Dr. Roslik se debía a las lesiones y/o a asfixia por inmersión (método de tortura conocido como "submarino"), o a ambas, sufridas durante su corta reclusión.

El Dr. Eduardo Saíz Pedrini, médico militar que había efectuado la autopsia oficial del Dr. Roslik, fue expulsado de AMEDRIN en marzo de 1985. Esto no obstó para que fuese enviado ese mismo año como médico regular del contingente uruguayo de las Fuerzas Internacionales de las Naciones Unidas destacadas en Sinaí.<sup>27</sup>

### *c) Semántica de la complicidad*

Sin particularizar sobre grados de aquiescencia consciente o inconsciente en los médicos participantes, algunos eufemismos médicos son también útiles en el propósito de ocultar violaciones a los derechos humanos.

Un ejemplo sutil en su engranaje argumentativo es el del Dr. Mautone, entonces médico jefe de Anatomía Patológica del Hospital Militar, quien en sus informes daba como causa de muerte "edema agudo del pulmón" o "insuficiencia aguda cardio-pulmonar", ambos cuadros "originados por stress", en pacientes que evidentemente habían muerto a consecuencia de torturas. Este médico dejaba a discreción del jurado respectivo el pedir o no pedir explicaciones sobre la acotación diagnóstica "stress".

En su declaración ante la Comisión de Ética sobre el "Caso Balbi" manifestó el Dr. Mautone:

“el 20 de agosto (1975) llegó una persona en circunstancias similares y la tuve que autopsiar. Lo hice, envié el material al juez de instrucción y además le dije al director que no podíamos recibir más esas porquerías porque Sanidad Militar está para cuidar enfermos y no para ésto. Yo estoy legalizando para que al tipo lo entierren y se lo saquen de encima (los responsables de su muerte)... El Juez me llamó para que le explicara con mayor claridad mis conclusiones. Me preguntó qué era el stress y le aclaré que era un montón de pequeñas cosas que por sí solas no son causa de muerte: sacarle el cigarrillo que fuma, ponerle la música fuerte, echarle pulgas, darles golpes; pero que producen una desintegración tal de las resistencias físicas que cuando lo mandan al submarino y el muchacho se siente asfixiado hace un esfuerzo desmedido, para no ahogarse, y esto en un organismo ya claudicado, produce la falla cardíaca aguda que lo mata...”<sup>28</sup>

**Reflexión ético-profesional:** La disposición a colaborar con la violencia organizada, trastocando hechos delictuosos hacia una ‘regulación profesional’ exculpante en una dicción médico-legales, merece una atención especial, tanto más que para muchos de los médicos la disposición a responder por actos de encubrir crímenes de lesa humanidad aún hoy está fuera de discusión. Este ‘olvido’ o reticencia a tratar un aspecto central de la complicidad de facto de médicos con la dictadura crea vías de reiteración de tal obediencia irresponsable.

### 3. LA APROPIACIÓN ILÍCITA DE LA DESCENDENCIA

#### *a) Definición del problema*

El traspaso de niños nacidos durante el cautiverio de madres “detenidas-desaparecidas” hacia personas que no tenían parentesco alguno con ellos fue un procedimiento usual en los lugares de detención clandestinos conocidos como “chupaderos” en Argentina. Se estima que más de trescientos niños fueron así arrancados de sus familias originarias y entregados en adopción.

Sobre esta práctica manifestó, en términos casi programáticos, Ramón Camps, oficial de alta graduación del Ejército argentino, durante una entrevista al semanario español “Interviú”:

“...no desaparecieron personas, sino subversivos. Personalmente, no eliminé a ningún niño, lo que hice fue entregar a algunos de ellos a organismos de benefi-



cencia para que les encontraran nuevos padres. Los padres subversivos educan a sus hijos para la subversión. Eso hay que impedirlo...”<sup>29</sup>

El informe de CONADEP incluye los nombres de varios médicos que participaban directamente en tales gestiones:

“Una vez nacida la criatura, la madre era ‘invitada’ (con toda formalidad) a escribir una carta (la que sin excepción permanecía en actas) a sus familiares a los que supuestamente les llevarían el niño... El entonces Director de la ESMA, capitán de navío Rubén Jacinto Chamorro, acompañaba personalmente a los visitantes, generalmente altos mandos de la Marina, para mostrar el lugar donde estaban alojadas las prisioneras embarazadas, jactándose de la “Sardá” (que es la maternidad más conocida de Buenos Aires) que tenían instalada en ese campo de prisioneros... Por comentarios supimos que en el Hospital Naval existía una lista de matrimonios de marinos que no podían tener hijos y que estarían dispuestos a adoptar hijos de desaparecidos. A cargo de esta lista estaba una ginecóloga del nosocomio”.<sup>30</sup>

R. Salguero especifica sobre este proceder clínico:

“La particularidad de estas pacientes (parturientas detenidas-desaparecidas) era que no se consignaba ni el nombre ni el apellido de la paciente sino que figuraban en las planillas solamente dos letras ‘N.N.’”.<sup>31</sup>

Encontramos elementos complementarios a esta declaración en el informe “Nunca más”:

“Es ilustrativo el caso de Silvia Isabella Valenzi (Legajo N° 3741), quien estando secuestrada en el pozo de Quilmes, fue llevada a dar a luz al Hospital de Quilmes, novedad que fuera anotada en el libro de partos del Hospital, como asimismo el nacimiento de su hija Rosa Isabella Valenzi. El libro de partos aludido, cuya copia fuera obtenida por esta Comisión, aparece en su hoja 156 groseramente testado, habiéndose insertado la mención NN, donde constaba el nombre de la paciente Silvia Isabella Valenzi, y al lado del número 82019 donde figura el nacimiento de Rosa Isabella Valenzi se ha aditado: “falleció”.

La enfermera y la partera del Hospital fueron secuestradas por el ‘delito’ de poner en conocimiento de los familiares de Silvia Isabella Valenzi los hechos relatados.”<sup>32</sup>

#### *b) Detección científica de la descendencia robada*

El vacío generacional que produjo el “desaparecimiento” de los padres como instancia jurídica para recabar el acceso a los niños nacidos en cautiverio, fue cubierto

por las así llamadas "Abuelas de Plaza de Mayo". La organización de las "Abuelas" es constituida por un grupo de mujeres, madres de "desaparecidos" que está en conocimiento de los partos ocurridos en las cárceles y que desde muy pronto se abocaron a la tarea de rescatar a sus nietos.

El desarrollo de la genética como disciplina biomédica ha sido de inestimable importancia para la identificación de estos niños dados en adopción ilegal a parejas proclives al régimen militar.

Para determinar la identidad y relación parental de los niños en cuestión se utilizan estudios hematológicos de marcadores genéticos a través de las siguientes pruebas: a) grupos sanguíneos; b) proteínas séricas; c) H.L. o histocompatibilidad y d) enzimas séricas. El resultado de estos exámenes constituye una prueba concluyente de determinación tanto de identidad como de parentesco y ha sido incorporado en la gestión regular de los tribunales competentes.<sup>33</sup>

El rapto de recién nacidos de madres "desaparecidas" y su entrega en adopción a personas proclives al régimen militar ha devenido desde 1997 en el punto débil del sistema de amnistía para militares argentinos. Como este delito no estaba considerado dentro de la amplia gama de trasgresiones legales y a los derechos humanos que las leyes de "punto final" y de "obediencia debida" consideraban como propias de la "guerra sucia" ha sido posible llamar a juicio a connotados representantes del ex-gobierno militar.

**Reflexión ético-profesional:** A pesar de la intensa actividad realizada por organizaciones como "Abuelas de Plaza de Mayo", persiste hoy aún una "zona de silencio" sobre el destino de muchos niños, nacidos durante la prisión de sus padres en el período dictatorial. Los médicos cómplices de estas actividades continúan por lo común en su profesión ya que los juzgados se declararon en su oportunidad no competentes y la condena moral de sus pares no ha tenido mayores alcances.

La participación de médicos en adopciones forzadas o en la "facilitación de bebés" a personas que pagan tales "servicios" se ha transformado en un área de comercio comprobado en muchos países de América Latina. La herencia cultural de las dictaduras en América del Sur puede resumirse en un desprecio manifiesto por los derechos de personas indefensas; los niños requieren de protección de por sí. Es preciso entonces fortalecer la sensibilidad social y de ética profesional sobre el derecho a la propia identidad del niño y agilizar las instancias de control judicial donde sea necesario.



#### 4. MÉDICOS Y GESTIÓN IDEOLÓGICA DE LAS DICTADURAS

La relación especial de la medicina hacia los gobiernos dictatoriales consiste en que de su seno surgieron tanto decididos opositores como importantes detentores de cada régimen de en particular.

El apoyo explícito a las medidas de fuerza tanto en cuanto a la formulación de metas estratégicas como de actitudes y conductas necesarias para la coordinación de la violencia organizada es digna de destacar ya que los médicos aquí implicados pusieron al servicio del sistema represivo tanto su forma de pensar científico-natural como el prestigio de la profesión.

En este contexto adquiere un valor ejemplar la actividad teórica de un médico militar chileno. Éste publicó dos documentos 'El irredimible' y 'Los rescatables', respectivamente el 11 y 12 de Octubre de 1973 en "El Mercurio", periódico de renombre.

En el primero presenta una clasificación del contingente que forma parte del 44% de votantes pro-Unidad Popular (U.P.) en Marzo de 1973 en cinco grupos (extremistas -activistas de alta peligrosidad-; militantes de los partidos de la U. P.; simpatizantes de la U.P., para los cuales propone medidas particularizadas de acuerdo a su grado de peligrosidad para el nuevo régimen: irredimibles -no utilizables pero sí neutralizables-, no inmediatamente rescatables pero posiblemente confiables al reconsiderar su militancia, ganables mediante una política inteligente y exitosa).

En el segundo documento se refiere a 'aquellos ciudadanos que sufrieron la persecución marxista en los últimos tres años' y le sugiere a la junta militar que se ajuste a la clasificación anterior y tome las medidas adecuadas si desea evitar la 'reorganización del marxismo y el incremento progresivo de la resistencia civil'<sup>34</sup>

En relación a la situación de los detenidos en el interior de cárceles y cuarteles del Uruguay, el Dr. Martín Gutiérrez, psiquiatra jefe del Penal de Libertad y posteriormente consejero de la Junta gobernante, expresa claramente:

"la guerra continuaba en el interior del presidio. Día tras día, reglamento tras reglamento, el objetivo perseguido era el de hacerlos sufrir psicológicamente."<sup>35</sup>

El Dr. Maraboto opina sin tapujos acerca de la necesaria lealtad incondicional del médico militar hacia los mandos superiores de su institución en Uruguay:

"La función del médico militar en cualquier país del mundo y en cualquier régimen político, es la de asesorar desde el punto de vista técnico al Jefe, pero éste en la última instancia es el responsable de lo que se haga o se deje de hacer en su unidad; el médico es 'oficial del Estado Mayor del Jefe', es decir, es su asesor en los aspectos médicos."<sup>36</sup>

**Reflexión ético-profesional:** La dimensión ideológica, en especial de médicos militares bajo gobiernos totalitarios, mantiene un alto grado de relevancia ya que parece poco verosímil que hayan tenido una gestión profesional como simples secuaces o ejecutores ciegos, esto es privados de opinión propia. Al contrario la constatación de una aquiescencia activa de médicos con los métodos y las metas del sistema represivo, incluso en la definición de “grados de patogenicidad” de los opositores al régimen, permite comprender cómo la actitud de aceptación frente a la tortura, en el sentido de que ésta sería una técnica más en “tiempos de guerra”, alcanzó tal grado de difusión entre el personal militar, médicos inclusive.

## BLOQUE II: LA OTRA EXPRESIÓN DE LA HISTORIA

### 5. EL REVERSO DE LA MEDALLA

Este ensayo sobre la praxis médica bajo la égida militar en Argentina, Chile y Uruguay sería unilateral, si no introdujéramos la dimensión de respuesta activa a la intención totalitaria del estado. En estos años de represión masiva, se puede constatar también la participación de médicos en actos de responsabilidad ética; personas que van más allá de una abstención pasiva a colaborar con el sistema opresivo y dan cuerpo y contenido a posiciones detentoras de la ética profesional. Así cobra un valor consubstancial saber si hubo resistencia de parte de los médicos frente a las violaciones de derechos humanos.

Así, durante la dictadura misma, hubo iniciativas personales y de grupos ecuménicos que dedicaron sus esfuerzos, incluso a pesar de las represalias, a promover los derechos humanos:

“Uno de los primeros profesionales en ofrecer servicios médicos a las víctimas de la tortura fue el Dr. Pedro Castillo, un cirujano torácico e integrante el American College of Surgeons. Durante una ola de despidos de académicos en el curso de 1975, al Dr. Castillo le había sido quitada la jefatura del departamento de cirugía de la Universidad de Chile. En 1981 fundó la Comisión Nacional Contra la Tortura... A principios de mayo de 1981, agentes de la CNI comenzaron a vigilar el domicilio del Dr. Castillo en Santiago... [El 27 de mayo de 1981 fue él] detenido en su domicilio y conducido al centro de detención de la calle Borgoño... (La prensa pro-régimen desató una campaña para implicar al Dr. Castillo en actividades ‘subversivas’ junto a los Dres. Manuel Almeyda y Patricio Arroyo, también activos en la atención a víctimas de la tortura)... No bien apareció en la prensa la



acusación de terroristas contra los tres médicos, la Vicaría y la Comisión Chilena de Derechos Humanos expresaron públicamente que la policía secreta estaba furiosa por el hecho de que los médicos habían presentado acusaciones de tortura ante los tribunales chilenos o organizaciones internacionales de derechos humanos. Estos testimonios contenían descripciones detalladas de los centros de tortura operados por la policía secreta y en algunos casos atestiguaba la presencia de personal médico en los centros... Tres semanas después de su arresto, los tres médicos aparecieron en una cárcel de Valparaíso. El juez militar a cargo del caso autorizó a dos médicos norteamericanos a entrevistar al Dr. Castillo y a sus colegas. Visiblemente afectados por lo que les había sucedido, ellos relataron cómo habían sido sometidos a confinamiento solitario durante tres semanas, en su mayor parte con los ojos vendados, sin acceso a sus familias o sus abogados. Uno de los estadounidenses explicó luego a la prensa que 'lo que más les afectaba era el hecho de haber sido públicamente asociados a actos terroristas. Sus carreras podrían ser deshechas en base a tales acusaciones'... El 1° de julio de 1981, un tribunal militar de Valparaíso dictaminó que no existían pruebas de que los tres médicos estuvieran vinculados con grupos terroristas y que la acusación sobre actividades políticas ilegales no correspondía a la jurisdicción militar. El juez militar trasladó la segunda acusación a un tribunal civil. El 4 de Julio el tribunal civil denegó el pedido de enjuiciamiento y ordenó su inmediata libertad."<sup>37</sup>

En un período de profunda fragmentación de la sociedad y de concitación tácita a crear desconfianza y aislamiento como actitud de autodefensa en los individuos, el tratamiento no discriminatorio de pacientes es la piedra angular para medir cada gestión de ética profesional bajo condiciones excepcionales.

En Uruguay recabamos la siguiente experiencia:

"Luego de un enfrentamiento armado entre el ejército y los Tupamaros fui llamado, en mi función de cirujano, a tratar a los heridos. Constaté de entrada un balazo en el tórax en el Sr. Z., tupamaro, y una herida de refilón en un glúteo de un oficial militar. Pedí que nos abocáramos al tratamiento de urgencia del Sr. Z. y se me indicó que él podía esperar, pues había también un militar herido. Insistí en que la primacía médica era atender al más grave, sin que imperen otras consideraciones y me aboqué a tratar al Sr. Z..."<sup>38</sup>

**Reflexión ético-profesional:** Tras el retorno a la democracia representativa se mantiene el terror dictatorial muy presente en la conciencia de quienes vivieron bajo su égida. Hay sin embargo actos memorables de ética profesional en esos tiempos difíciles y su recuerdo circunstanciado puede permitir una visión más cabal de la época. Las situaciones ejem-

plares aquí descritas muestran a médicos en actitudes de resistencia activa dentro de la praxis cotidiana.

## 6. SUMARIOS Y JUICIOS INTERNOS DE LAS ORGANIZACIONES MÉDICAS. LAS CONDICIONES DE AMNISTÍA LEGAL

Aunque hasta ahora en los tres países no ha habido gestiones específicas del poder judicial para definir en forma legal responsabilidades personales de quienes participaron institucionalmente en actos de tortura, asesinato o desaparición; es digno de destacar que los gremios médicos ha buscado formas de mostrar los límites de la ética profesional bajo la dictadura militar.

Con claridad incuestionable las asociaciones gremiales de Chile y Uruguay han manifestado que la actividad médica de apoyo al aparato represivo del estado no puede ser considerada como regular bajo circunstancia alguna. El juicio ético *inter pares* ha tenido en los tres países una fuerte resonancia en la opinión pública.

En Argentina se dio curso a un "Tribunal Ético de la Salud contra la Impunidad" el 3 de Diciembre de 1987 en la ciudad de Buenos Aires. En ese Tribunal se juzgó *in absentia* a tres médicos<sup>39</sup>, reconocidos por muchos ex-prisioneros como responsables directos de actos de tortura, raptos de niños e incluso asesinatos.

La Dra. Diana Kordon, como fiscal, basó su argumentación en los códigos de ética vigentes, como razón fundamental manifestó:

"El artículo primero del Código de Ética, ratificado por la Confederación Médica de la República Argentina en 1955 dice textualmente: 'En toda actuación, el médico cuidará de sus enfermos ateniéndose a su condición humana. No utilizará sus conocimientos médicos contra las leyes de la humanidad'..."<sup>40</sup>

Y fundamentó su acusación sobre testimonios de personas afectadas por el terrorismo de estado y que estuvieron en directa relación con los médicos impugnados (comp. relaciones del Dr. Liwski más arriba). La fiscal declaró en su pladoyer:

"La metodología represiva necesitaba para su implementación de la participación de médicos. Estos evaluaban los niveles de resistencia de los prisioneros a los tormentos. Dirigían y controlaban la prolongación del sufrimiento, a fin de poder obtener el máximo de información. Siniestra tarea la de estos profesionales, dosificar la tortura, ser parte de la tortura. Y también participaban en el robo de niños secuestrados y nacidos en cautiverio, a través de asistencia a las detenidas-desaparecidas parturientas y de los falsos certificados que existían..."<sup>41</sup>

El Tribunal, por unanimidad, declaró a los inculpados responsables de faltas substanciales a la ética profesional y de crímenes de lesa humanidad. En su resolu-



ción final hizo un llamado a universidades, comunidad académica, colegios médicos, instituciones de la salud y comunidad para que negaran a los médicos condenados el acceso a toda índole de actividades docentes, de investigación y de labores médicas.

El Colegio Médico de Chile (CMC), basado en una larga tradición de colegiatura profesional y con estatutos de referencia jurídica que habían sido derogados en 1973 por la dictadura militar, poco después de las primeras elecciones gremiales no intervenidas por el gobierno militar empezó a desarrollar en 1983 actividades para aclarar conflictos éticos relacionados con la represión política. Las gestiones de su Comité de Ética concitaron una gran atención porque no él no vaciló en llamar a juicio interno a colaboradores médicos del aparato represivo de la dictadura. Con esto cumplía una función de juzgado paralelo que, por su sola presencia, ponía de manifiesto la ceguera de la justicia ordinaria sobre esta temática y emplazaba al sistema represivo en base a casos y cargos concretos.<sup>42</sup>

Desde 1983 hasta la fecha, se ha dado curso a un gran número de gestiones parajudiciales, cuestionando la participación de médicos en labores represivas. De ellas sólo han sido dadas a conocimiento público aquellas en las que se demuestra sin lugar a dudas la responsabilidad directa del médico inculpado.

Con una trayectoria definida así, no extraña que en el período 1983-89 los miembros de la directiva del CMC fueran motivo también de persecución directa por parte del gobierno militar e internados como presos políticos por períodos de hasta varios meses.<sup>43</sup>

En Uruguay hubo un desarrollo similar dentro de las dos organizaciones gremiales médicas, la Federación Médica del Interior y el Sindicato Médico del Uruguay. Con ímpetus de largo aliento rememora G. Martirena el momento gestor de la Comisión Nacional de Ética Médica:

“Aunque ello afrente a la Medicina Uruguaya, es un hecho histórico e irrefutable que hubo médicos militares que participaron activa o pasivamente en la tortura de los presos políticos, o que al servicio de sus mandantes violaron normas éticas que debieron respetar. Existe además una responsabilidad colectiva de omisión de denuncia por parte de los médicos militares,... al pertenecer a una institución... ejecutora de prácticas atentatorias contra los Derechos Humanos, en un grado de generalización y con tal fuerza de evidencia que ninguno pudo desconocer... Ante estos hechos, en el mes de julio de 1984 –vigente aún la dictadura en Uruguay– (tuvo lugar) la VII Convención Médica Nacional... En su seno, y ante la presencia de médicos militares, se hizo pública, una vez más, la denuncia de la tortura sistemática que sufrían los Presos Políticos, así como la violación de los Derechos Humanos por parte del gobierno dictatorial... se creó, por unanimidad de los médicos delegados, la Comisión Nacional de Ética Médica.<sup>44</sup>

A poco de iniciarse las actividades de esta comisión hubo una resolución de gobierno, firmada por el entonces ministro de Defensa Nacional, médico Dr. Justo M. Alonso Leguísamo, —trocando el concepto de Comisión por el de Tribunales— en los términos siguientes:

“1o. Prohíbese la concurrencia de los Médicos Militares a efectuar cualquier tipo de declaraciones ante los Tribunales Éticos creados por la VII Convención Médica Nacional, debiendo mantener informado al Superior de cualquier situación de tal especie que se presente.

2o. Publíquese, comuníquese al Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas y archívese.”<sup>45</sup>

A pesar de tal prohibición, los tribunales éticos pudieron realizar una labor esclarecedora de gran magnitud y poner de manifiesto diversas trasgresiones a la ética profesional en base a denuncias confirmadas por la investigación subsecuente.<sup>46</sup>

**Reflexión ético-profesional:** En especial, considerando la evidente reticencia a un cuestionamiento público de lesiones a la ética profesional durante las dictaduras en los tres países, se puede manifestar que los juicios *inter pares* de las organizaciones médicas cobran un valor excepcional. La escasa emulación, en el seno de otras entidades profesionales, de tales gestiones para recuperar valores éticos afectados dentro de cada entidad profesional nos muestra de manera ejemplar lo difícil que es crear valores sociales y culturales basados en tales experiencias.

### BLOQUE III: REACCIONES FRENTE A NUEVOS DILEMAS DE ÉTICA

#### 7. NUEVOS TEMAS DE CONFLICTO ÉTICO-MÉDICOS

Considerando que la época dictatorial, además de su dimensión de terror, significó también un cuestionamiento en todas las áreas del quehacer social, nos parece que de esa época surgieron, o se han hecho evidentes, nuevos desafíos para la ética profesional. De este modo, es posible postular que desde ese período se acentúa la sensibilidad profesional frente a conflictos éticos.

En el curso de este subcapítulo deseamos bosquejar algunas de estas áreas en las que la ética profesional se enfrenta a situaciones hasta ahora no maduras culturalmente y para las cuales no siempre es posible encontrar soluciones de absoluta certeza. También nos parece importante considerar la experiencia de represión vivida por muchos médicos para acentuar la sensibilidad frente a las condiciones de vida, por ejemplo, de personas encarceladas por cualquier razón.



### *a) Ex-torturadores y su virtual tratamiento psicoterapéutico*

Si bien en una guerra regular no es motivo de disgresiones morales si un médico militar debe o no debe atender a un herido, miembro del ejército enemigo; en la situación inédita, creada por las dictaduras militares en los tres países, la atención psicoterapéutica de aquellas personas que han sido participantes activos en la tortura constituye un tema de alta controversia.

D. Lagos poco después de la vuelta a la democracia en la Argentina se explaya sobre la historia clínica más reciente de un ex-torturador. Se trata de un paciente con síndromes depresivo y persecutorio, de múltiples internaciones neuropsiquiátricas en Buenos Aires y tratamientos con psicofármacos y psicoterapia individual durante ocho años (1978-86). En 1986 se decidió realizar con él una psicoterapia de apoyo en pareja. En la primera sesión con el paciente, el médico destacado para realizarla tomó conocimiento de que el paciente había participado activamente en la represión y que se sentía acosado por sus actos anteriores. Sin embargo, al revisar la historia clínica, constató que hasta ahora nadie había documentado ese aspecto realmente importante de la vida del paciente, al parecer con cada nuevo psicoterapeuta se había renovado una especie de pacto de silencio sobre su actividad como torturador y, por consiguiente, eso no se había tematizado en la psicoterapia. Esto coincidía con la actitud del paciente hacia el terapeuta ya que esperaba que éste sólo hiciera desaparecer los síntomas. D. Lagos hace algunas reflexiones sobre la actitud de otros terapeutas quienes, según él, al entrar en el pacto de silencio se harían cómplices del ex-torturador, sustentando sus esfuerzos de "anular los síntomas" e incluso lo exculparían tácitamente, al mantenerlo en el rol de enfermo sin hacer referencia en la historia clínica a tales elementos básicos de su biografía y psicopatología.<sup>47</sup>

### *b) Médicos y pena de muerte*

La participación activa de médicos en la pena de muerte es de gran actualidad en tanto que se puede considerar la inyección mortífera como una forma "más depurada, incluso aséptica" de ejecución<sup>48</sup>.

El Colegio Médico de Chile manifestó su oposición a cualquier tentativa de poner a médicos en estas funciones en un país que hasta hace poco mantenía la pena de muerte en su Código Civil<sup>49</sup>.

Para la necesaria reflexión sobre el tema en el CMC sirvió de ejemplo la negativa del Dr. Start de los EE.UU. a administrar la inyección intravenosa y consumir la pena de muerte en un condenado del Estado de Oklahoma. Esto condujo a una intensa discusión sobre ética profesional (el juramento hipocrático prohíbe administrar drogas mortales) y las funciones de médicos de prisiones. La Asociación

Médica Norteamericana aprobó en 1982 una declaración en el sentido que un médico no puede participar en las ejecuciones. La discusión fue terminada en tanto que la autoridad estatal determinó que las inyecciones fueran dadas por personas que no tuvieran la calidad de médicos. Seguramente, debido a esta actitud explícita del CMC, no prosperaron iniciativas de "importar" la forma de ejecución por inyección mortal de EEUU a un país que ha estado a menudo a la vanguardia de hacer suyos tales avances de la cultura occidental.<sup>50</sup>

### *c) Médicos y huelga de Hambre*

La actividad profesional y el conflicto ético del equipo sanitario de apoyo a los participantes en huelga de hambre son los temas centrales de la discusión sobre el tema en el ámbito uruguayo. M. de Pena, M. Jáuregui y G. Mesa realizan un análisis circunstanciado de sus experiencias en esa área de actividades médicas por más de 25 años:

"... En el caso de huelga de hambre, los participantes se suponen sanos y están dispuestos a poner en riesgo su salud hasta la muerte inclusive, por un fin que está fuera de él y que no se relaciona con su salud. Sus intereses son, en principio, antagónicos a los del equipo sanitario... Desconocer el enfrentamiento entre dos 'deberes' igualmente válidos para cada uno de los grupos en juego, puede determinar el fracaso de la gestión sanitaria'

Ellos suscriben la declaración de la Asociación Médica Mundial en tanto que:

"Es deber del médico respetar la autonomía que el paciente tiene sobre su persona. Un médico precisa del consentimiento informado de sus pacientes antes de aplicar cualquier conocimiento para ayudarlos..."<sup>51</sup>

### *d) Normas éticas relativas a la atención médica de detenidos*

Como ya se ha manifestado anteriormente, tanto la directiva como los miembros del Colegio Médico de Chile mantuvieron contactos muy estrechos con las fuerzas de oposición a la dictadura y llegaron a conocer de este modo las condiciones físicas de las cárceles chilenas y el arbitrio que a menudo impera en las relaciones entre carceleros y prisioneros.<sup>52</sup> Esta afiada sensibilidad llevó al CMC, ya en 1985<sup>53</sup>, a emitir una resolución acerca del trato médico a detenidos.



### *e) Hacia una legislación contra los crímenes de lesa humanidad*

Además de incluir y difundir estas formas explícitas de promover los derechos humanos en las áreas específicas de las labores médicas, en los tres países las organizaciones de médicos han dado curso a iniciativas tendientes a superar las “zonas de omisión y silencio” aún existentes en la legislación general. En este punto deseamos llamar la atención hacia un proyecto de ley sobre “Delitos de lesa humanidad” del Colegio de Abogados del Uruguay, en el cual se especifican en particular las áreas de dolo habituales en gobiernos de facto y se estipulan sanciones específicas para cada una de ellas, el que, si bien no podría actuar en términos retroactivos, al ser aprobado como cuerpo de ley permitiría sostener la esperanza en que las experiencias bajo el terrorismo de estado pertenecen verdaderamente al pasado y los médicos, entre otros profesionales, no podrían apelar a virtual ignorancia frente a renovados ataques a la dignidad humana.<sup>54</sup>

## COMENTARIOS

Sobre la base de los ejemplos de la praxis médica aquí referidos deseamos dar fundamento a la tesis de que la presentación sistemática del quehacer profesional en esa época –tanto en el área de violaciones a los derechos humanos como en las manifestaciones de oposición– puede contribuir a darle una forma concreta al tema de la praxis médica bajo dominación totalitaria. Así es posible acceder a una esfera profesional más bien obviada y entregar conocimientos específicos a la opinión pública.

En los tres países era un secreto a voces la participación de médicos en crímenes de lesa humanidad, así resulta hoy algo extraña la actitud de ocultar la cabeza en la arena de algunas personas frente a tales hechos, desconociendo que ellas realizaban labores profesionales en “zonas de alta densidad” de violaciones a los derechos humanos.

En este aspecto resulta ejemplar la tentativa de autojustificación del Dr. Carlos Rivero, psiquiatra del Penal de Libertad, Uruguay:

“Yo estaba limitado a mi función, así ignoraba algunos aspectos y existían algunos aspectos que yo deseaba ignorar... Eso no entraba en mis labores. Yo soy un médico”.<sup>55</sup>

Algunos médicos militares han tenido un alto grado de responsabilidad en los delitos de lesa humanidad en esos países. Sin embargo, la dominación totalitaria en los tres países no dispuso de un radio de acción ilimitado, sino que se vio a menudo confrontada a actitudes de oposición individual y gremial. Y no parece

que los médicos reticentes –en virtud de sus principios hipocráticos– a la colaboración represiva hayan sufrido ataques o represalias de importancia. Igualmente hubo médicos militares que abdicaron de sus funciones para no entrar en colisión con sus principios éticos y políticos. Hubo campañas de resistencia colectiva de parte de médicos aún durante la dictadura en Chile y Uruguay que condujeron a un propósito concreto: dar a conocer a la sociedad y sancionar gremialmente las violaciones a los derechos humanos cometidas por médicos.

Con posterioridad al período dictatorial, hay ciertamente un largo camino a recorrer antes de que el postulado “Actúa sólo de acuerdo a la regla, de la cual tú a la vez puedes desear que llegue a ser una ley general”<sup>56</sup> –y no sólo en círculos médicos– se convierta culturalmente en un lugar común y no deba concitarse atención sobre ello.

Conocer y comprender cómo los médicos participaron dentro y en contra del sistema opresor, puede ser útil para profundizar en lo que fue esa época en sí, pero quizá también para prevenir virtuales reincidencias, incluso en los llamados tiempos de paz.



## SÍNTESIS DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

El estudio sobre la interacción entre la ética profesional y las condiciones existenciales de médicos durante gobiernos militares conllevó una etapa de investigación en terreno en los tres países, durante la cual fue posible entrevistar a miembros del cuerpo médico sobre los temas respectivos. El universo de estudio se delimitó en base al sistema de *"theoretical sample"*, de acuerdo a la posición frente a los gobiernos militares surgieron tres grupos básicos: "Pro", "Neutral" y "Oposición". El método central de análisis es cualitativo. La elaboración de un cuestionario permitió acceder a respuestas prototipo para las diversas cuestiones y facilitar un análisis de índole cuantitativa.

A continuación tiene lugar una revisión de resultados en el análisis cualitativo y cuantitativo de la investigación de campo, con una breve explicación de la terminología usada y de haciendo explícitas las interrogantes, teorías e hipótesis que sustentaron la investigación.

En base a una lógica de exposición sistemática se plantean nuevamente las preguntas básicas originales.

Mediante una confrontación entre las preguntas básicas originales y las respuestas obtenidas pretendemos conjugar los conocimientos obtenidos empíricamente en:

Ad 1. Resultados parciales de los análisis cualitativo y cuantitativo y

Ad 2. Resultados generales del análisis hermenéutico

Finalmente, se plantean reflexiones generales en base a este trabajo de investigación con médicos como testigos de la historia.

### *a) Las cuestiones básicas*

- ¿Cómo era la vida cotidiana y la práctica de la profesión médica durante esa época?
- ¿Qué se sabía de la participación de médicos en violaciones de los derechos humanos, por ejemplo, en la tortura?
- ¿Cuál es la actitud actual de los médicos frente a esa época?
- ¿Existe alguna relación entre la sensibilidad hacia problemas de ética profesional y la experiencia de vida que se adquirió bajo condiciones de régimen totalitario?

### *b) Los presupuestos teóricos de la investigación*

- La dictadura militar ha influido profundamente en todos los ámbitos de las sociedades respectivas.

- Los efectos psicológicos del terrorismo de Estado en los afectados sólo pueden ser apreciados en su dimensión personal.
- La comprensión de la relación entre ética profesional y derechos humanos está vinculada a la autopercepción de los actores en la sociedad respectiva.

### c) Las hipótesis de trabajo

- La intervención militar significó un corte existencial para los médicos participantes. Cada quien fue afectado por ella personalmente y obligado a adecuar su proyecto de vida a los acontecimientos de la época.
- Las violaciones de los derechos humanos (incluso por parte de médicos) durante las respectivas dictaduras militares eran de conocimiento general y hoy en día –en oposición a lo ocurrido tras la época nazi en Alemania– no constituyen objeto de negación oscurantista o de tabú cognocitivo.
- La conciencia moral-profesional de los médicos entrevistados concuerda con su autodefinición social frente a la historia reciente. Por lo tanto existe una correlación entre la percepción personal de situaciones de conflicto en ética médica y la actitud que se toma al respecto, según el trasfondo biográfico de cada uno de los médicos participantes.

## AD 1. RESULTADOS PARCIALES DE LOS ANÁLISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO

El contenido de esta sección está fundamentado en el análisis de los datos de tipo cualitativo y cuantitativo. La discusión de resultados se presentará en base a dos niveles específicos de observaciones, de diverso acceso y significado. El primer conjunto de observaciones ha sido presentado en detalle en la síntesis de la evaluación cualitativa (véase pp...); el segundo grupo de resultados fue desarrollado *in extensi* en la síntesis de la comparación grupal (véase pp...). Ambos niveles de resultados de la investigación serán abordados aquí en sus elementos esenciales.

### **Análisis cualitativo:**

La recepción e interpretación sistemática de las entrevistas permite reconocer las siguientes líneas argumentativas entre los entrevistados:

- la violencia organizada constituye sin excepción un punto de referencia existencial e histórico para todos los médicos participantes en la investigación;
- la transición a la democracia no parece (para el tiempo de las entrevistas) ser cuestionada en sí misma;



– la ruptura de límites en le área de la tecnología médica (tal como la manipulación de genes) encuentran aprobación en la mayoría, el contenido ideológico de los argumentos en contra se fundamenta en términos religiosos;

– los axiomas de ética médica (como el de no infligir danos) está seriamente cuestionados en su validez universal, a esta “relativización ética” parecen conducir las violaciones a los derechos humanos perpetrados por médicos durante los regímenes totalitarios;

– los deberes éticos individuales (como el secreto profesional) gozan hoy de una amplio reconocimiento.

### **Análisis cuantitativo:**

El examen computacional de las respuestas obtenidas de los cuestionarios permite hacer afirmaciones relevantes sobre las siguientes tendencias de opinión:

– los entrevistados disponen de un vasto conocimiento de las violaciones a derechos humanos bajo regímenes totalitarios, tanto en su forma general (p. ej., torturas, ejecuciones, “desapariciones”), como también y especialmente contra la ética médica (p. ej., complicidad de médicos en actividades de tortura);

– los grupos definido según posición frente al régimen militar muestran un patrón consistente de homogeneidad intragrupal, paralela a una alta diferenciación entre las respuestas de los tres grupos frente a la problemática en cuestión;

– el terror dejó huellas específicas en las biografías de algunos de los entrevistados y puede reconocerse en ellos claras secuelas psíquicas del temor y la presión existencial;

– en una parte notable de los entrevistados parece existir una actitud dócil ante conductas autoritarias (aprobación de ejecución por medio de médicos, tolerancia silenciosa de arbitrariedad jerárquica).

## **AD 2. RESULTADOS GENERALES DEL ANÁLISIS HERMENÉUTICO**

El análisis hermenéutico de las entrevistas se enfoca al desarrollo de las cuestiones centrales de la investigación en base a los presupuestos teóricos y las hipótesis de trabajo. Siguiendo esta línea metodológica se obtiene la siguiente síntesis de resultados:

### **1.- Experiencia de vida cotidiana y praxis médica:**

Los médicos entrevistados definen mayoritariamente como un “Estado de excepción permanente” la vida cotidiana y la práctica médica durante el gobierno militar. Esa época –con su inherente uso de la violencia– ha adquirido una connota-

ción precisa en la vida de todos los médicos entrevistados. Si bien fue definida en argumentos de cierta perífrasis:

*"[Era de por sí un] momento irregular, pero con un fin que era la normalidad, o sea construyendo para la normalidad... (Chi-040-Pro)"*

tuvo sin embargo manifestaciones de una cierta suspicacia frente a lo inimaginable:

*"Directamente conmigo no. Un temor difuso claro sígo, por ejemplo un día, volviendo del estadio de un partido de fútbol de noche, yo tendría 12 o 13 años, me quedé dormido en el ómnibus y me desperté en la terminal y me paró un comando. Iba solo caminando en una zona oscura, me trataron, no digo mal, no me hicieron nada, pero sentí temor particularmente de lo que se suponía era la autoridad, pero digo, una cosa más bien difusa..." (Urug-07-Joven)*

En general, los acontecimientos de esa época dejaron una huella notoria en las biografías de los entrevistados; para algunos hubo experiencias impactantes:

*"Estaba de jefe de turno, fue ahí por el 83: Me parece que yo recibí a Sebastián Acevedo (después de que él se autoincendiara con bencina) y él me contó,.. "Yo hice esto porque tengo a mis dos hijos, a mi hija y a mi hijo que están prisioneros en un lugar de la CNI (Central Nacional de Informaciones)." Y me describió el lugar, frente a PP, me dijo. "ahí están presos y yo lo que quiero es protestar, porque nadie me quiere escuchar y para que dejen en libertad a mis hijos (es que) yo hice este acto"... Incluso le tomé fotografías a Sebastián Acevedo y en ese minuto le mandé una carta, que todavía conservo, al que era presidente del Colegio Médico de XY, el doctor XX." (Chi-07-Oposición)*

O aún una verdadera conmoción de la confianza básica en las instituciones estatales:

*"De repente en el año '74, a comienzos, yo diría que cuando se forma la Dina, empezamos a tener informaciones un poco extrañas, incongruentes la cosa era que alguien sale tapado, disparar, falsos enfrentamientos y ahí empezamos a escuchar, se supo de alguien que había sido torturado, empezamos recién en ese momento con una cierta sospecha de que la cosa estaba llevando a usos inaceptables. (Chi-013-Neutral).*

El Estado de excepción permanente condujo a algunos a la aceptación pasiva de medidas de arbitrariedad institucional:

*"Mi primer contacto (con la violencia estatal) en la universidad pasó por tener que firmar una carta,... era una carta antidemocrática, donde uno tenía que someterse a una especie de juramento, (lo) que debía hacer firmando una cantidad de cosas que iban contra mis principios,... me cuestioné muchísimo si yo debía o no firmar esa carta*

*para poder hacer la universidad. Al final la firmé, me costó un poquito firmarla, pero toda la gente que entró a la universidad debía firmarla...*” (Urug-07-Joven)

o a la experiencia directa de la violencia organizada:

*(...) acá vivíamos en el terror, con miedo, es decir era muy difícil hablar con alguien; había gente que era vigilada, y si yo hablaba implicaba a otro. Era común ver en la calle a los militares corriendo en plena mañana, gritando consignas enfrente de las casas nuestras. Delante de mi casa, de mi mujer y mis hijos pequeños, que estaban parados en la puerta, ordenar ‘cuerpo a tierra; por la patria vamos a matar a los comunistas’* (Urug.-016-Oposición)

La violencia estatal significó para algunos un sufrimiento que se mantiene aún a flor de piel:

*“... fuimos ocho detenidos, entre médicos auxiliares y alumnos, de los cuales cinco aparecieron muertos, entre ellos el jefe de personal, que era un sacerdote, dos están desaparecidos, que son un alumno de medicina y una auxiliar y la sobreviviente soy yo... Fue una persecución de hecho, en el sentido de la detención y posteriormente la exoneración, indudablemente por ejemplo, el director del hospital permitió que entraran al hospital y permitió que se dieran los nombres... Una de las argumentaciones que usé con el oficial con el que estuve detenida –es una dinámica personal muy especial– era de que no tenía resentimiento contra él, puesto que el nombre mío tenía que habérselo dado un civil y que los que estaban mandando eran los civiles, cosa que a él lo puso muy molesto y creo, que fue uno de los factores para que en definitiva no me ejecutaran...”* (Chi-016-Oposición)

Los médicos que se graduaron a fines o después de la dictadura (grupo “Joven”) se muestran hasta tal punto existencialmente comprometidos que no se definen como grupo en sí, sino que se asimilan a las otras categorías, “Pro”, “Neutral” y “Oposición”:

*“(1977) desaparece un grupo de gente muy joven muy cercana a mi, amigos, entre ellos un primo, (éramos) primos hermanos. Nosotros sabíamos perfectamente de qué se trataba, que eran presos ilegales. Todavía no teníamos conceptualizado que había campos de concentración, pero sabíamos que estaban en algún cuartel, en algún lugar, sabíamos que eran torturados y que esto no se iba a reconocer nunca...”* (Arg-019-Joven).

Así se fundamenta como válida la primera hipótesis comprensiva. Ella postulaba que la intervención militar significó una escisión en la vida de los médicos en los tres países y los conminó a una adaptación forzada al nuevo “orden de cosas”.



## 2.- Grado de conocimiento sobre la participación de médicos en delitos de lesa humanidad

La participación de médicos en delitos contra la humanidad bajo regímenes de dominación totalitaria constituye una referencia clara en todas las entrevistas, de ninguna manera se puede aducir desconocimiento de parte de los médicos abordados:

*“Sí, mire, yo conocí un caso de acá, el Dr. XX, que era coronel médico, (y que) al hacer el examen de un cadáver descubrió huellas de que había sido sometido a apremios ilegales. Entonces le mandaron una comunicación de tipo militar: ‘Sírvase, señor coronel explicitar qué quiere decir con apremios ilegales.’ Y la respuesta: ‘Apremios ilegales es lo que comúnmente se llama tortura... Envié una copia del protocolo de autopsia a la Corte Internacional (de Justicia) de La Haya’...” (Urug-016-Oposición)*

Así también se puede apreciar esfuerzos por hacer plausible en argumentos una gestión de índole dudosa, vista desde la perspectiva de un médico militar, tal como es la necesidad eventual de realizar exámenes médicos a personas detenidas que están con la vista vendada:

*“Bueno, estamos analizando situaciones de excepción en el sentido de que existe un mecanismo de autoprotección, al vivir un período de excepción se arriesga la vida... Yo creo que un poco eso ocurre en un momento determinado, (por) autoprotección. Yo creo que tiene todo el derecho a protegerse, cumpliendo la función que le corresponde como profesional.” (Chi-040-Pro)*

O en el contexto de dependencia y de temor de los médicos que son obligados a actuar en tales circunstancias. Esto es en el contexto de exigencia forzada hacia un médico de oposición. Acerca de si corresponde acatar la orden de examinar a un paciente con la vista vendada:

*“Creo que depende de las circunstancias, porque si a un individuo lo llevan con una metralleta y le dicen ‘Ud. tiene la obligación o si no, lo mato’. Sin imposición, creo que eso es sancionable, absolutamente.” (Chi-07-Oposición)*

Hay, por cierto, algunas situaciones, como por ejemplo el traspaso de recién nacidos de madres detenidas (y condenadas a “desaparecer”), que no eran de dominio público en Chile y Uruguay, pero la posibilidad en sí de complicidad directa de médicos en violaciones a los derechos humanos, como p. ej., a través de torturas o informes médicos falsos, no fue puesta en duda por ninguno de los entrevistados.

La opinión en la gran mayoría de los entrevistados acerca de “médicos torturadores”:

*"Me parece de lo más grave, es tal vez donde esté más alterado el sentido de la profesión médica." (Arg-019-Joven)*

Se confirmó así la segunda hipótesis comprensiva: inexistencia de un tabú cognocitivo frente a violaciones a derechos humanos—incluso de parte de médicos—; las gestiones en este sentido seguían un objetivo intimidatorio de los militares, más que pretender el ocultamiento de tales hechos para la mayoría de la población.

### 3.- Actitud actual frente a esa época

En general, la percepción e interpretación de los sucesos de entonces se atiene a la línea argumentativa de la actitud básica ("Pro", "Neutral", "Oposición") de los entrevistados.

*(Como explicación de la intervención militar de entonces) "Diría que el único tema importante que vislumbro de esto, ha sido el tema de la lucha contra la subversión que se lo llama ahora el terrorismo de estado. Para mí, si la Argentina no hubiera tenido esta guerra no declarada, hubiera ido a un estado de disolución..." (Arg-040-Pro).*

Y en algunos presuntos implicados hace manifiesta una actitud de relativizar hechos, en la perspectiva de neutralizar evidencias:

*"(¿Torturas?) Que dijeran, sí, pero no que pudiera constar, si quiere, mi convicción es que en la guerra se apela a recursos absolutamente innobles. Yo no podría hacerlo pero no sé si en la guerra, en el combate, no lo hubiera hecho, yo o cualquier otra persona, es decir no lo podría hacer, es decir, no creo por eso que no haya habido tortura. Simplemente que no nos consta fuera del relato de los propios pacientes, como no le puede constar a un juez, más que por el relato o por la vivencia." (Urug-025-Pro)*

Sin embargo, aquí pueden constatarse desviaciones aparentemente paradójicas en las opiniones analizadas; un miembro del grupo "Neutral", por ejemplo, explica así los motivos de las detenciones masivas de la época:

*"...mi experiencia personal al respecto demuestra que todas las personas que fueron detenidas de alguna manera estaban conectados con otras personas que pudieran haber tenido actitudes sospechosas. Está claro, no culpo a unos ni a otros: el poder lo tenían los militares y estos decidían quienes sí y quienes no. Había una especie de orden forzado, para explicarlo de alguna manera, alguien estableció un orden y fuerza, [y puso en acción] los mecanismos para que ese orden se cumpla." (Arg-010-Neutral).*

O un miembro del grupo "Pro" se pronuncia contra el "rapidísimo castigo" por criterios morales y jurídico-militares:

*"La tortura no tiene justificación en ningún momento, ni siquiera en los procedimien-*

*tos policiales, en eso con orgullo digo haber sido hijo de un oficial, que llegó a ser general de las FFAA de Chile... Pienso que incluso que (el acto de torturar) dentro del código de justicia militar, que es mucho más severo, está sancionado.” (Chi-019-Pro).*

Ambas declaraciones parecen menos extemporáneas si se tiene en cuenta, por una parte, que entonces debió existir entre detentores pasivos del régimen autoritario una clara aceptación de actos denigrantes para el sometimiento forzado del ser humano (como p. ej., la privación arbitraria de la libertad) y por otra, que entre los mismos militares no es usual (ahora) el justificar contra viento y marea las violaciones de derechos humanos cometidas bajo el estado de excepción.

El trato argumentativo de temas tales como detenciones masivas o torturas en recintos militares demuestra el interés de ambos médicos en opinar convincentemente sobre esos aspectos del pasado reciente.

De igual manera, en algunos de los médicos entrevistados se aprecian tendencias de aceptación latente de los “excesos” ocurridos bajo las condiciones de excepción y un interés explícito en que se relativice la apreciación condenatoria de esa época.

*“El gobierno militar por el hecho de aplicar mayor drasticidad en algunas medidas, obligó quizás al país a funcionar en determinado orden, que yo creo, que si uno pudiera mantener el orden de funcionamiento en un régimen normal sería ideal, pero las cosas no se dan por la naturaleza humana, o sea todo factor de regulación se relaja. Creo que el gobierno militar puede quizás resumirse en que había un común denominador de pensamiento: los equipos técnicos estudiaban un problema, decidían una solución y la aplicaban; nadie dentro del equipo discrepaba o dejaba de estar de acuerdo en el momento en que la decisión se tomaba, o sea se tomaba oyendo la parte técnica y en esa dirección se iba, el único interés era el país... (Chi-040-Pro)*

La disposición a aclarar sin tapujos los atentados a la ética médica, ocurridos bajo el gobierno militar, está hoy en día presente en los cuatro grupos del estudio, entonces sin embargo fueron sólo representantes del grupo “Oposición” y unas pocas personas del grupo “Neutral” quienes –a pesar de campañas dirigidas a atemorizarlos– adoptaron la actitud de acusar pública y activamente tales desacatos a la ética médica:

*Nosotros tuvimos una lucha,.. (dirigida a) analizar la conducta de los médicos militares durante el período de facto y a sancionar a aquellos médicos que hubiesen participado (en la represión) en desacuerdo con las normas éticas.” (Urug-016-Oposición)*

En base a estas opiniones decantadas se puede hacer confluir las dos primeras hipótesis ya que al parecer tanto afectó la época militar a los médicos en términos existenciales como dio curso a reacciones de parte de ellos frente a un conocimien-



to generalizado de los actos de agresión a los derechos humanos perpetrados en ese período.

#### 4.- Sensibilidad frente a cuestiones de ética médica y su relación con la situación existencial bajo la dictadura

Tanto en relación al contexto social histórico, como referida a las nuevas tecnologías –desde una doble perspectiva– se puede plantear una forma de sensibilidad específica hacia los problemas de ética médica y su relación con la biografía de los entrevistados.

Situacionalmente se observan actitudes tales como de obediencia subordinada o de rechazo a la arbitrariedad jerárquica, de respeto o cuestionamiento de derechos de los pacientes y de derechos civiles (derecho a la huelga de hambre).

En detrimento de tal derecho:

*“Si partimos de la base que la vida es el principal derecho del individuo, yo haría el máximo de esfuerzos porque la persona, que está en huelga de hambre, tome conciencia de los riesgos reales en que está y de lo antinatural e inhumano de su actitud. Mirado desde el punto de vista de mi formación, es inhumano y eso es un suicidio pausado... Ahora en caso de que (su actitud) fuese absolutamente negativa y pensando que, mientras se encuentra en ese estado, ella no está en condiciones físicas ni mentales para discernir (tal) como pasaría con un niño: Yo colaboraría en hacer tratamiento (forzoso) a esas personas.” (Chi-019-Pro)*

A favor del derecho:

*“Yo soy médico, creo que tengo que actuar como médico, pero fundamentalmente para actuar como médico necesito el consentimiento del enfermo es decir, si el enfermo lo acepta, yo actuaría, si él dice que no y está en condiciones de poder decidir por sí mismo, no lo haría.” (Urug-037-Pro)*

Excluyendo la huelga de hambre, se imponen mayoritariamente principios bien articulados de ética médica en todos los grupos; sin embargo hay opiniones notables, en el sentido de una obediencia resignada o una aceptación de obligaciones laborales poco claras por parte de algunos miembros del grupo “Pro” y del grupo “Neutral”, que participan de un acatamiento irrestricto de la autoridad:

*(Tras el abandono arbitrario de la sala de operaciones por el médico jefe) “Termino la operación, sí, por supuesto. Espero no tener que hacerlo porque no lo sé, confío en que no me lo pase el cirujano jefe, me cuidaría de hacerlo bien, suponiendo que supiera hacerlo, y si mi jefe me dice y se equivoca y yo no puedo atenderlo... Me hago cargo y termino.” (Urug-025-Pro)*

Mientras que por parte de los miembros del grupo "Oposición", y en parte del grupo "Joven", se registró una fuerte resistencia contra abusos de toda índole.

En general existe una franca aprobación de innovaciones médico-tecnológicas, incluso cuando ponen en jaque los límites usuales de la ética médica y debe destacarse que es el grupo "Neutral" quien reúne los detentores más decididos de esas innovaciones, mientras que en algunos miembros de los otros tres grupos se registran opiniones negativas o que exhortan a la cautela.

Una relación explícita entre situación existencial límite y actitud frente a momentos críticos de la ética médica sólo puede reconocerse situacionalmente en miembros del grupo "Oposición", esto es en una actitud de rechazo a la arbitrariedad y a los posibles abusos de poder:

*"(Transplante de órganos de fallecidos no identificables) En las condiciones actuales temo que se preste para abusos, porque Ud. sabe que cuando nosotros permitimos de alguna manera que a un N.N. se le saquen órganos, muchos se pueden transformar en N.N..." (Chi-07-Oposición).*

En relación con momentos trascendentales de conflicto ético-médico de las nuevas tecnologías médicas hay también opiniones críticas en el grupo "Pro":

*[Embarazo huésped] "Sin embargo, si Ud. me arrincona y me pide una definición yo diría que en principio estoy en desacuerdo, creo que quizás la situación que puede resolver ese problema es la adopción..." (Chi-040-Pro)*

y en el grupo "Neutral":

*"[Intervención genética] No tengo un conocimiento suficiente. Con lo que yo no estaría de acuerdo es que se abortara un niño y que no se le dé oportunidad, pero si se pudiera intervenir para que no tenga la hemofilia, por cierto. Ninguna duda. Para esa intervención, no para otra." (Chi-013-Neutral)*

las que se exponen en base a argumentos de orden confesional. La actitud general se caracteriza, sin embargo, por una confianza prácticamente incuestionada en el progreso:

*"Encuentro absolutamente bueno hacerlo, si eso va a significar un beneficio; me parece que si la tecnología puede lograrlo y puede prevenir que ese niño en el futuro tenga una enfermedad... Creo que ahí el costo-beneficio primaría, en el sentido de que si ese niño va a tener una enfermedad en el futuro, le estamos produciendo un bien sin que eso signifique un riesgo para él, un daño para él. Es aceptable." (Chi-049-Joven).*

Confrontados a constelaciones problemáticas de ética médica se puede afirmar en resumen que en relación a situaciones conflictivas (relacionadas con obediencia irrestricta) existe una coherencia entre la posición en el "theoretical

sampling" ("Pro", "Neutral" y "Oposición") de la persona entrevistada y su opinión en particular.

Al contrario no se percibe claras diferencias en las opiniones de los diversos grupos frente a las nuevas tecnologías médicas.

Esto significa que, frente a virtuales progresos tecnológicos en medicina, el margen de variabilidad dentro de cada grupo es tan amplio que no es posible reconocer una tendencia significativa en las posiciones detentadas de acuerdo a la pertenencia a cada grupo.

Se complementa este resultado en el sentido de que la línea de argumentación frente a estos temas de parte del grupo "Pro" a menudo es conservadora de valores, del grupo "Neutral" por lo común tecnológico-afirmativa y la del grupo "Oposición" suspicaz, en base a experiencias de abuso de poder.

La hipótesis central de esta investigación, que postulaba una interrelación entre las experiencias vitales de los médicos entrevistados durante la época militar y su percepción y actitud frente a situaciones de conflicto ético-médico, se manifestó así como viable en lo que se refiere a circunstancias en detrimento de los derechos humanos, con una acerbada sensibilidad en el grupo "Oposición" y de mayor o menor interés en ambos otros grupos, pero no así en relación a las nuevas tecnologías.

#### Notas

1. "Según Unicef mueren en Argentina aún hoy 18.000 niños en el primer año y de ellos dos tercios por razones evitables" de "La Mortalidad Infantil Neonatal", en: Salud, Problema y Debate Vol. 4, N° 7: 41-3. Véase igualmente A. E. Fica & F. A. Cabello (1992): Cólera en Latinoamérica: La relación entre salud pública y economía. En: Interciencia. Vol 17, N° 5: 276-283.
2. Compárese la parte documental sobre los médicos bajo la dictadura militar.
3. Comp. G.D. Pis (1994): La bioética como fenómeno cultural. En: Quirón, Vol 25, N° 1: 34-44.
4. Comp. H. Durán (1991): La Salud Pública para un nuevo escenario. En: Salud y Cambio. Rev. Chil. Med. Soc.. Vol 3, N° 6: 53-4.
5. Ver en la bibliografía los trabajos de D. Kordon, G. Martirena y G. Seelmann in the Journal of Medical Ethics.
6. En cuanto a la participación de médicos en torturas, hacemos relación aquí a: a) Declaración de la Asociación Médica Mundial de Ginebra (AMM: 1948, 1968 y 1983), en lo que se refiere a la definición ética de la praxis médica, b) Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Tortura y otros tratos crueles (9.XII.1975) y c) Declaración de Tokio (AMM:1975).
7. Aún es perceptible la huella de esa época en muchos ámbitos de la acción médica y el terror continúa actuando incluso en personas al parecer no comprometidas. Una joven profesional de Argentina lo formula de la siguiente manera: "Aunque yo entonces



sólo cumplía con mis estudios y me abstuve en la medida de lo posible de participar en cualquier clase de discusiones, constato ahora que sobre muchos acontecimientos no tengo ningún recuerdo. Es como si muchos sucesos, que ocurrieron en mi inmediata proximidad, hubieran sido simplemente 'borrados' de mi memoria." Comunicación personal de la Dra. E. S. durante el VI. Simposio "Cultura y situación psicosocial en América Latina. Hamburgo 1992.

8. F.S. Rivas (1990): Traición a Hipócrates. Médicos en el aparato represivo de la dictadura. Santiago, p.128.
9. Stover, E. (1987): The Open Secret: Torture and the medical profession in Chile [A.A.A.S.]. Washington, p.69.
10. N. I. Liwski, en: Nunca más, p.28 y Declaración ante el Tribunal, p.15-16.
11. Informe de la Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación. Texto oficial completo. La Nación, 5 de marzo de 1991, p.24.
12. M. Gregg Bloche (1987): Uruguay military physicians: Cogs in a system of state terror [American Association for the Advancement of Science]. Washington, p.6.
13. Testimony of Carlos Sanabria. En: E. Stover & E.O. Nightingale: "The breaking of Bodies and Minds, p.52-3.
14. Stover, op.cit., p. 27
15. Ver: L. Weschler: A miracle, a universe. Settling accounts with torturers. Nueva York, 1991, p.126.
16. M. Gregg, op.cit., p.7.
17. Cfr. J. Mañana C.: Historia del Sindicato Médico del Uruguay. Montevideo, 1992, p.133-5.
18. Testimonio de Julio Alberto Emmed ante la CONADEP, Legajo N° 683.
19. N. Liwski, Declaración ante Tribunal, p.16.
20. En la Argentina, el 9-IX-1981, durante su discurso inaugural en la Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales, se define el Dr.jur. Mario Justo López frente a "La Doctrina de la Separación de los Poderes a la altura de nuestro tiempo" y condensa en pocas palabras la actitud detentada por el gobierno de facto frente a virtuales mociones alternativas: "La oposición puede ofrecer distintos grados y caracteres -disentimiento, límite y control, alternancia cíclica de la mayoría- mereciendo especial atención el caso de 'disentimiento', en tanto y cuanto configura una oposición anticonstitucional, es decir contra el sistema y el régimen, lo que da lugar a la cuestión de los límites". Ver: N. Baruch Bertocchi (1988): La cara civil de los golpes de estado. Buenos Aires, p.49.
21. A. Colombo en: Madres de Plaza de Mayo s.f., p.10-11.
22. Nunca Más, p.397.
23. Id.
24. Ver: Actas de la Resolución de la Comisión de Ética Médica sobre las denuncias presentadas contra el Dr. Mario Sarasúa. Copia sin fecha, autenticada por notario. Como consecuencia de estos hechos, la Comisión Nacional de Ética Médica (SMU) declaró la expulsión del Dr. Mario Sarasúa como miembro gremial, frente a lo arriba señalado, y para fundamentar la sentencia de exoneración gremial, declara: "4) (El Dr. Sarasúa) Actúa sin independencia técnica (fundamental para el ejercicio de la profesión), esto se ve cuando el propio médico dice a f. 18 "... se me exigió la confección de un certificado de defunción..." el cual efectivamente extiende, firma y establece un causal de

- muerte que no es real (Infarto del Miocardio). Se desprende de esto que todo el entorno del fallecimiento del Sr. Porta es completamente anormal, surge de las propias declaraciones del Dr. Sarasúa a fs. 18 (orden de callar la muerte, etc.)..."
25. Madres, Febrero 1986, p.11.
  26. Informe del CMC en Stover, p.73-4.
  27. Fuentes: Comunicación personal del Dr. Burjel. M. Gregg op.cit., p.7 y Martirena op.cit., p.29-49.
  28. Fuente: Actas de la Comisión Nacional de Ética Médica, Montevideo 1° de diciembre de 1989. Copia autenticada ante notario.
  29. Cfr. Actas del Tribunal Ético de la Salud contra la Impunidad (3-XII-1987), p.20.
  30. Nunca más, p.303.
  31. R. Salguero en: Nunca más, p.313.
  32. Nunca más, p.281.
  33. Cfr. R. Torres M. (1987): La problemática específica de los niños desaparecidos. En: La Desaparición. Crimen contra la humanidad. Asamblea Permanente por los Derechos Humanos. Buenos Aires, p.137-48.
  34. En términos consecuentes con la declaración de principios antes mencionada del Dr. Schuster, (comp. K. Reszcynsky et al. op. cit., pag 270) la situación laboral de muchos médicos chilenos fue redefinida como sigue: "Tres médicos estadounidenses enviados a Chile en junio de 1974 por la Federation of American Scientists (FAS) para investigar denuncias de violaciones de los derechos humanos de profesionales de la salud hablaron con el Dr. Arriagada, director del SNS (acerca de virtuales persecuciones sistemáticas). El Dr. Arriagada admitió que el gobierno militar había ordenado a los directores del hospital que clasificaran a todos los profesionales de la salud activos en tres categorías. Los de categoría A eran considerados indispensables e insospechables. La categoría B contenía la lista de posibles activistas y militantes. Los de categoría C eran considerados políticamente no confiables y debían ser despedidos del SNS, mientras que los que figuraban en la lista B debían ser transferidos a otros cargos... A los médicos estadounidenses se les mostró un ejemplar de la lista C que contenía 1.700 nombres" (Sagan/Jonsen/Paredes, 1974. Cit. en Stover, op. cit. pag. 45)
  35. Ver: M. Gregg, op.cit, p.6.
  36. Ver: Declaración del Dr. N. Marabotto ante la Comisión Nacional de Ética Médica, a 26 de octubre de 1986. En: Martirena, op.cit., p.69.
  37. Cfr. Stover, op.cit., p.48-50.
  38. Comunicación personal de un médico entrevistado.
  39. Se trata aquí del Coronel Médico Julio Ricardo Esteves; del Médico Policial Jorge Antonio Bergés y de Héctor Jorge Vidal. Médico Forense de la Brigada de San Justo.
  40. Ver: Alegato del Fiscal en Actas del Tribunal Ético de la Salud contra la Impunidad.
  41. ebenda
  42. Así por ejemplo los representantes del CMC se refirieron a la tortura En su declaración frente al Congreso de los EE.UU., el 16-V-1984, como sigue: "Nuestra visión del problema de la tortura nos señala que el hecho de que existan torturadores y que persistan en su 'trabajo' en el tiempo y se institucionalicen es un índice claro que esta sociedad está enferma. Fácil sería situar el problema sólo en los torturadores como seres depravados y



sicopáticos. Esta es una forma fóbica de liberar la culpa social que el problema entraña... En este contexto determinamos lo que es la posición ética del CMC ante la tortura... Observamos que la tortura ha sido instrumento usado por la autoridad durante estos 10 años en Chile... El CMC, como contribución importante contra la participación de médicos en procedimiento crueles inhumanos y degradantes, incorporó a su Código de Ética un artículo especial, prohibiendo la participación directa o indirecta de médicos en éstos. Esta actitud de denuncia de la tortura permitió iniciar investigaciones de médicos partícipes en procedimientos inhumanos y degradantes

43. Comunicación personal Dr. Luis González, ex-presidente del CMC.
44. Ver: G. Martirena (1988): Uruguay. La tortura y los médicos. Montevideo, p.14-15.
45. Cfr. Resolución No. 15.057 de fecha 7 de agosto de 1984, publicada ese mismo día en el Boletín del Ministerio de Defensa Nacional No. 8082.
46. Ver: G. Martirena, op. cit.: Casos ejemplares, p.29-85.
47. Ver: D. Lagos (1988): Professional Ethics - Social Ethics - Mental Health and Impunity. En: D. Kordon et al.: Psychological effects of political repression. Buenos Aires, p.157-62.
48. Amnesty International manifiesta que la aplicación de sustancias químicas con finalidad de muerte ocurre en términos legales, además de USA y China, en Guatemala, Filipinas y en Taiwan. Véase AI: Letal injection. The medical technology of execution. AI INDEX: ACT 50/01/98
49. De acuerdo a informaciones del Dr. Fernando Jiménez, decano de la Universidad Católica de Concepción la pena de muerte existe formalmente desde 1857, hasta ahora han sido fusiladas 57 personas y se implementó por última vez en 1985 (El Sur de 16-V-2000 en internet).
50. Ver: Vida Médica, 1985, Vol. 36, N° 3, p.75-82.
51. Fuentes: Ponencia presentada al Ier Congreso Internacional "Salud psicosocial: Cultura y Democracia en América Latina". Asunción/Paraguay, 1992. Mimeo, 24 pp. WMA Declaration on Hunger-Strikers (1991) en: British Medical Association: Medicine betrayed. The participation of doctors in human rights abuses. Londres, 1992.
52. S. Pescio manifiesta en su ensayo sobre "Tortura y profesionales de la salud. Chile 1973-1989": "Al no recibir respuesta del gobierno, la Asamblea convocó a una gran huelga Nacional los 2 y 3 de julio de 1986, siendo violentamente reprimida por las Fuerzas Armadas y policiales a raíz de lo cual dos jóvenes manifestantes fueron quemados vivos por una patrulla militar... Los líderes de la Asamblea fueron encarcelados, entre ellos, por supuesto, su Presidente Dr. Juan Luis González y su Secretario Dr. Francisco Rivas, quienes permanecieron 40 días en prisión y sólo fueron liberados por la enorme solidaridad internacional que estos hechos provocaron" Documentos del Colegio Médico de Chile, sin fecha.
53. Cfr. AI Index: AMR 22/36/86: Human rights in Chile: The role of the medical profession, septiembre 1986.
54. Ver: Colegio de Abogados del Uruguay (Oct. 1987): Proyecto de Ley sobre Delitos de Lesa Humanidad. Documento del Seminario "Los médicos ante la ética y la tortura", Montevideo, Uruguay, 9-12 Diciembre 1987.
55. Ver: M.Gregg, p.18-40.
56. Ver: I. Kant (1785): Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, p.52.



## NOTAS EX POST: TEORÍA Y MÉTODO PARA EL ESTUDIO DE LA ÉTICA PROFESIONAL EN TIEMPOS DE CRISIS

“Un conocimiento que se preocupa realmente por los valores, no orienta su vista a esferas superiores. Busca más bien penetrar en la hipocresía de la cultura de su tiempo para liberar detrás de ella los rasgos de una humanidad decepcionada. Los valores sólo pueden revelarse al descubrir la praxis histórica que los destruye” (M. Horkheimer: Arte nuevo y cultura de masas)

### DISCUSIÓN PRELIMINAR:

La investigación empírica sobre las condiciones existenciales de médicos bajo el estado de excepción permanente y los consecuentes efectos en la ética profesional, nos confronta con actitudes y opiniones muy diversas de médicos encuestados en los tres países de América del Sur, ya presentadas en este libro desde su propio contexto y en fluido desarrollo argumentacional.

Podemos apreciar cómo situaciones límite de esa época condujeron en algunos de los participantes a posiciones de gran carga emocional, en otros a manifestaciones de bloqueo en la memoria o de elusión discursiva, pero también en qué medida ha sido posible para algunos superar esa experiencia en términos de integración crítica de ellas. Nuestro interés residía en dar curso a la pluralidad de experiencias existentes en la realidad social de los tres países tras la conflagración ética y vivencial de las dictaduras militares.

En relación a los temas de índole profesional nos fue posible seguir en los médicos entrevistados tanto formas deductivas de pensamiento axiológico aplicado a los conflictos éticos (“eso está prohibido en cualquier código ético”), como de uso de la “razón instrumental”, la que permitía abordar temas del futuro inmediato y realizar una evaluación, en apariencia neutral, de la relación costo-beneficio respectiva, pero también pudimos conocer líneas de pensamiento que mostraban de qué manera sería posible crear y establecer nuevos valores para enfrentar tales desafíos a la inteligencia social y ética en el área profesional. Nuestra intención cognocitiva era la de abrir el abanico de posiciones existentes en la actualidad fren-

te a tales dilemas existenciales y éticos en curso capaces de generar decisiones jurídicas y de ética profesional.

La confrontación de los médicos con situaciones de conflicto modelo en el área ética y profesional durante la entrevista puso de manifiesto posiciones de alto grado de adhesión a una presunta autoridad, formas de rebeldía individual y también actitudes de sólida discrepancia frente a la arbitrariedad explícita de tales situaciones. Nuestra curiosidad surgió de los *impasses* éticos ya observados en el estudio preliminar y nos pareció importante explorar lo que sería posible, en gente de carne y hueso, si se crean determinadas condiciones.

### INFORMACIONES ACTUALIZADAS SOBRE LA INVESTIGACIÓN

La Universidad de Hamburgo aceptó en 1996 la tesis de habilitación (Privat Dozent/ Profesor Asociado) expuesta en este tomo. Dos libros en castellano han surgido ya de la investigación: a principios de 1995 fue impreso en Nueva Sociedad, Caracas el libro "Entre la obediencia y la oposición. Los médicos y la ética profesional bajo al dictadura militar", con una primera comunicación sobre los aspectos centrales de la investigación. Gracias a la cooperación de organizaciones de médicos y universidades de Chile y Uruguay, pudo publicarse eses mismo año el manual de documentación "Médicos protagonistas", que contiene dieciocho entrevistas narrativas *in extensi*, así como comentarios de índole ético-profesional y sobre metodología de investigación. La publicación alemana "Medizinische Ethik in Krisenzeiten. Ärzte zwischen Gehorsam und Auflehnung unter der Militärdiktatur in Südamerika" profundiza en los aspectos metodológicos así como en los resultados de la investigación empírica, fue publicada en 1998 por la editorial Nomos de Baden Baden con el apoyo de la Corporación Alemana para la Investigación (Deutsche Forschungsgemeinschaft). La versión en inglés implica el desarrollo de nuevos niveles de abstracción en la interacción entre códigos de ética y gestión profesional también presentes en este tomo (véase "Ética médica y derechos humanos en América del Sur" en la sección IV de la parte empírica) y está próxima a aparecer en Boston, USA. En alemán e inglés han sido publicados varios artículos sobre el tema (véase: Literatura de referencia).

**Perspectivas:** Las publicaciones en alemán y castellano han concitado interés de entidades académicas y círculos médicos en las regiones idiomáticas arriba señaladas. El área de "Ética profesional y Derechos humanos" se ha constituido en un ámbito de labores regulares dentro de la "Akademie: Ethik in de Medizin", con sede en Gotinga, Alemania Federal y será configurada próximamente como página Web desde la Universidad Técnica de Berlín, donde labora actualmente el autor.

Varios viajes y conferencias del autor han creado una base para labores de colaboración a largo plazo en el tema con diversas universidades de América del Sur.

Junto a Amnesty International (Sección Alemana) surgió en 1998 una nueva vertiente de investigación en torno a la situación existencial de los psicólogos en América del Sur. El primer resultado de esta labor de pesquisa es la publicación en ciernes de "Asedios a la memoria. La experiencia de psicólogos bajo las dictaduras militares", aparecido ya en alemán a fines del 2001 (editorial DPV, Bonn) y en castellano a través de una versión para Internet como parte de la página Web arriba mencionada.

### REFLEXIONES SOBRE TEORÍA Y MÉTODO SOBRE ÉTICA PROFESIONAL EN TIEMPOS DE CRISIS

Si bien los temas centrales de esta investigación fueron tanto las condiciones de vida como la generación de juicios éticos para médicos que habían desarrollado su praxis profesional durante la dominación dictatorial en Argentina, Chile y Uruguay, al publicar este libro en América del Sur se avizora ahora como necesario el estudio de la ética profesional en las siguientes esferas de la praxis médica:

1. La dimensión histórica de praxis médica en la región y sus implicaciones en la trasgresión del derecho civil.
2. La dimensión regular de buena y mala praxis.
3. La dimensión tecnológica.

Ad 1. En otras regiones del mundo, la experiencia regular de trasgresiones médicas al derecho civil en regímenes totalitarios, desde dependencias estatales en un virtual enfrentamiento bélico (guerra fría) o con una tendencia centralizante del Estado benefactor, demuestra que en tales circunstancias se han creado ámbitos de dudosa legalidad, con gestiones médicas de clara arbitrariedad y que desafía una legislatura civil mal preparada para los eventuales conflictos entre los derechos civiles de los individuos y la actividad profesional. Concretamente se aprecia esto, por ejemplo, en los experimentos con drogas en personas no informadas (Norteamérica), en el reciente comercio de embriones (Ex-Unión Soviética) y en la administración centralizada de la adopción de niños con pronóstico social deficiente (Australia y Suecia)

En América del Sur han surgido tales espacios de desacato al derecho civil, por ejemplo, en lo que se refiere al transplante comercial de órganos y a la adopción (a veces venta) no controlada de niños.

Más allá de estas expresiones, que tienen como espíritu rector el pasado inmediato, es importante desarrollar estudios sobre los siguientes conjuntos temáticos:



- Constatación de tendencias autoritarias (por ejemplo, coacción en ejecuciones a través de médicos, obediencia y aceptación acrítica de situaciones de arbitrariedad jerárquica) en estudiantes de medicina y médicos.
- Grado de conocimiento y de aplicación sobre principios ético-profesionales en estudiantes de cursos superiores.
- Consecuencias de la época dictatorial en la biografías de médicos (víctimas y agresores).

Ad 2. Dependiendo de otros factores (condiciones laborales, tradición ética local y exigencias de la opinión pública) se conforma el horizonte de la buena o mal praxis en la sociedad respectiva. Esta área de gestión ética ha tenido, por ejemplo, en Uruguay un buen grado de desarrollo a través de los comités de ética profesional (véase T. Rotondo en Literatura de referencia) y en Argentina a través de los diversos círculos de ética profesional (ver publicaciones del Instituto Mainetti en Mar del Plata).

Los conjuntos temáticos de esta área deben configurarse en términos locales y en vistas a su incorporación a la práctica contingente.

Ad. 3. El advenimiento de la denominada biomedicina nos confronta con situaciones inéditas en el cabal sentido de la palabra. Se hace necesario aquí cultivar una actitud de observación crítica y de mesurada acción. Rifkin, en base a un ejemplo paradigmático, manifiesta al respecto:

“Desde hace ya cuarenta años vemos como confluyen dos nuevas tecnologías: por una parte la tecnología de la comunicación, la ciencia de la información y por otra (la utilización de) una nueva materia prima, que son los genes. Los genes son los recursos del siglo 21 y el computador aporta el lenguaje necesario. Genes y computador se han juntado. El resultado son los supercomputadores para descifrar el genoma y crear las condiciones de una nueva revolución histórica. Lo uno es el lenguaje para (dirimir) la organización de los genes y lo otro es la materia prima. La pregunta decisiva es ¿cómo utilizamos ese nuevo conocimiento?... Hemos estado siempre alertas frente a las consecuencias sociales. Pero lo que ahora ocurre es muy diferente a lo anterior: la nueva eugenesia llega como amiga nuestra. Ella es mucho más complicada y difícil de comprender que antes. Si aceptamos ‘bebés-de diseño’, perderemos nuestra capacidad de comprensión así como la tolerancia frente a los niños que no cumplen con las normas. Y si perdemos la empatía, perdemos (nuestra) humanidad. Este es el alto precio a pagar por la predecibilidad, el control de calidad y la capacidad de diseño. La gente habla siempre de las consecuencias sociales y de Hitler. ¿Ha oído Ud. alguna vez de la pérdida de la empatía?” [J. Rifkin: Die neue Eugenik kommt als unser Freund. En: Frankfurter Rundschau 12.IX.2000, Nr. 212, p.6].

En este ámbito de estudios debe gestarse una actividad pluridisciplinaria e informativa hacia la opinión pública de largo aliento. No es válida ya la acepción, tan manida en América del Sur, de vivir al borde del mundo y al margen de los acontecimientos científicos de importancia. Es posible que algunas investigaciones aplicadas, por razones jurídicas internas, no puedan ser realizadas en los países de alta tecnología y trasladando su realización a los países de tecnología emergente se busque eludir las limitaciones ético-profesionales y controles jurídico-sociales usuales en los primeros. Por lo tanto se debe –no olvidemos el “plan Camelot” de los años sesenta en Chile– mantener una actitud informada y de pronta respuesta a tales eventualidades.

### CONSIDERACIONES FILOSÓFICO-TEÓRICAS:

Durante el curso de esta investigación, en torno a la dimensiones de ética de la convicción y de ética de responsabilidad, se ha hecho evidente que somos partidarios de una ética de responsabilidad como vía de realización discursiva de los problemas propios del ámbito profesional. Sin embargo, queremos manifestar que es necesario mantener una actitud de respeto irrestricto para la forma de concebir los valores y su aplicación en la vida cotidiana y profesional de cada quien (Voltaire manifestó la necesidad de recabar el derecho a expresión incluso del oponente más acérrimo a las propias convicciones).

Pensamos que para conformar un ámbito social e intelectual donde una ética de la responsabilidad tenga efecto, los actores deben contar con las siguientes posibilidades frente a una situación ética conflictiva:

- libertad de acción, esto es disponer de capacidad de elegir intencionalmente y sin presiones una determinada forma de acción entre las formas viables en cada situación;
- capacidad de anticipación, esto es poder considerar de antemano las consecuencias previsibles de la propia gestión;
- capacidad de reflexión, que significa disponer de condiciones para evaluar en forma racional la situación en sí, adoptar una posición y/o aceptar o rechazar las eventuales soluciones ofrecidas, así como
- capacidad empática, es decir, poder adoptar la posición de las personas implicadas en su toma de decisión y considerar el propio quehacer (u omitir) en base a su situación específica.

El interés de la gestión discursiva radica en la “autocomprensión reflexiva” de individuos o grupos en su gestión concreta (en castellano, véase “Ética, discurso, conflictividad” en la bibliografía de referencia y las fuentes allí mencionadas).



## CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS:

Las tres áreas de gestión ético profesional deben ser exploradas en su complejo devenir al interior de cada sociedad en particular. Hemos observado cómo puede accederse a la ética profesional en términos de la argumentación y gestión práctica de los actores. Ahora deseamos reflexionar sobre la metodología empleada y su virtual importancia para futuras investigaciones.

Desde el principio de este proceso de investigación pareció evidente que no cabía un tratamiento deductivo del cruce temático de la ética médica y los derechos humanos tras la época dictatorial; bastaba tener presente que las condiciones sociológicas de los médicos y el valor y significado de la medicina como disciplina (hasta ahora) han sido poco estudiadas —e incluso ignoradas como razón de poder en la historia reciente de América del Sur—, para declarar inadecuada una metodología que presupone una situación general decantada y homogénea y pretende ir de valores axiológicos generales (de escasa relevancia en situación de crisis) a su connotación particular en la existencia y praxis de cada médico. Especialmente en el estudio de campo, una gestión deductiva habría conducido a percibir a los sujetos de la investigación en forma reduccionista, esto es sólo como portadores de determinadas características, y habría dado curso a una aplicación escolástica de la ética médica, en base a axiomas y postulados preestablecidos. Por consiguiente, el método deductivo en el estudio de campo parecía útil sólo para la confirmación de prejuicios y no para adquirir nuevos conocimientos sobre la actitud ético-profesional de médicos bajo condiciones existenciales límite en los tres países.

En cambio un abordaje exploratorio e inductivo de la materia de investigación —tal como lo favorecen la pesquisa antropológica y la ética discursiva— se demostró como más adecuado para considerar tanto los acontecimientos reales relacionados con la ética médica durante y después de los regímenes totalitarios como las diversas percepciones y actitudes de los médicos.

Así, frente a la escasez de conocimiento válido a todo nivel y a la ausencia de precursores de una investigación de este tipo, nos abocamos a desarrollar la investigación de campo en términos antropológicos, esto es en base a preguntas abiertas, planteadas con una actitud empática. Desde el inicio de las labores de investigación consideramos que únicamente el análisis posterior de los resultados del trabajo en terreno podía ayudar a dilucidar la situación de estudio en sus características intrínsecas. Para futuras exploraciones en cualquiera de las áreas anteriormente expuestas se hace necesario cultivar el arte de cuestionar la realidad sin tapujos ni prejuicios. Parafraseando a Sócrates, padre de la mayéutica —arte/técnica de la partera—, podemos decir que en el área de conflictos emergentes en la ética profesional sólo sabemos que muy poco sabemos y que ello —quizá— nos permita abrir cauces a los cuestionamientos acordes a nuestra flaca sapiencia.



## EPÍLOGO

En la estructura de un libro, el epílogo abre un espacio para la reflexión íntima. Una vez llegado a este punto, como autor deseo cambiar de estilo y definirme personalmente frente a ciertos temas, manifestados como preguntas subjetivas por muchos amigos y compañeros de ruta en el transcurso de esta investigación y que conciernen tanto a la candente temática elegida, como también a la pertinaz actitud de abstinencia cultivada en su trato. Pretendo hacer algunas consideraciones sobre las motivaciones propias y llegar así a una suerte de explicación particularizada.

Pretender claridad frente a la motivación propia es verdaderamente uno de los ejercicios más difíciles, si no se desea redundar en simplezas ni caer en lugares comunes. La sensibilidad temática hacia los derechos humanos y la ética médica en mí tiene sin duda raigambre biográfico. Ocupa un lugar destacado mi participación como estudiante en actividades de medicina social, durante el gobierno de Salvador Allende. En la época del golpe de estado, cursaba yo los últimos años de medicina, pero no alcancé a dar los exámenes en Chile. Hube de salir a la República Federal de Alemania y terminar mis estudios allí. De esta manera formé parte de aquellos cientos de miles de argentinos, chilenos y uruguayos confinados a vivir en el exilio. Bajo estas circunstancias, era muy natural que yo tuviera parte en actividades de solidaridad con las víctimas de la dictadura y me dedicara también teóricamente al tema de los derechos humanos. Sin embargo, considero que hay otros aspectos que permiten comprender algo la conjunción de interés científico en el tema y de abstinencia personal frente a los médicos entrevistados presentes en esta investigación. Motivado por un sinnúmero de preguntas al respecto, procedí a una autointrospección, la que me condujo a comprender algunas experiencias personales en su relación con el trabajo realizado.

Retrospectivamente, creo que dos sucesos previos al golpe militar en Chile adquieren importancia para explicar mis actitudes y mi posición en el curso de esta investigación:

En 1970, al ser Allende elegido presidente, provocó entusiasmo y nuevas esperanzas en muchos chilenos el propósito explícito de ocuparse preferentemente de las necesidades sociales y económicas de las mayorías y trabajar para satisfacerlas, así como de abrir camino al socialismo dentro de un marco democrático. Entre los estudiantes de medicina de entonces existía una notoria actitud de compromiso social, lo que creó las bases para múltiples proyectos solidarios con la población

de menos recursos económicos de la ciudad y el campo. De la Universidad de Concepción ya habían surgido antes iniciativas similares, pero esta vez se generalizaron; muchos estudiantes tuvieron así un primer encuentro directo con las condiciones de vida de campesinos sin tierras y de pobladores sin techo y la oportunidad de participar en las gestiones de autoayuda de esos grupos, comprobando de paso que la pobreza no es ni destino ni ineludible, sino algo que se puede superar en mutua colaboración.

Llevados por ese ímpetu, en 1971 aproximadamente 150 estudiantes de medicina de la Universidad de Concepción firmaron un documento donde manifestaban solemnemente su propósito de no ejercer la medicina privada tras recibirse como médicos. Con esto se pretendía reforzar la eficacia del sistema estatal de salud y oponerse a la costumbre generalizada de la consulta propia. Esa iniciativa tuvo una repercusión controvertida en los círculos médicos: osaba cuestionar los principios de la llamada independencia económica del quehacer médico, destacando en cambio el deber de los médicos frente al bienestar común. Fue frecuente que se la citara como una prueba del alto grado de compromiso social de los estudiantes de medicina. Sin embargo, es interesante de observar que ya a finales de 1972, es decir, un año antes del golpe, más de un tercio de los firmantes de la declaración había pasado a la oposición al gobierno de Allende y en conversaciones personales se manifestaban frente a esa declaración casi como confesando un acto irreflexivo.

Al principio interpreté esa actitud como una veleidad romántica de mis compañeros de estudio, quienes ahora se rebelaban en contra de opiniones que ellos mismos habían detestado, pero después comprendí que en ese contexto se exigía, no de las personas, sino de grupos sociales enteros, una clara posición en favor o en contra del proceso social en curso. Para mí no era en sí desconcertante el cambio de actitud —lo cual bien se podía entender como una decisión individual equivocada—, sino el que muchos de los ahora convertidos en detractores, pretendieran defender valores de trascendencia como la autodeterminación, la independencia económica y la libertad de pensamiento, en el estilo tendencioso de argumentación corriente en aquella época.

Para la mayoría de los implicados había una cierta tragedia en el nudo ciego de obligaciones sociales y lazos ideológicos y esto se hacía evidente en el hecho de que muchas veces ellos argumentaban con cuanto mayor vehemencia mientras menor era el margen de acción para hallar soluciones propias, y en esa época nadie podía saber qué curso tomaría la historia.

Las elecciones parlamentarias de comienzos de 1973 no aclararon la capacidad de decisión del gobierno o la oposición, antes bien confirmaron una situación de frágil equilibrio del poder político en una época de aguda polarización de la sociedad. En esas circunstancias muchos de nosotros llegamos a considerar una guerra civil como inevitable.



En nuestras pláticas entonces tomó cuerpo la convicción de que sobre todo la población civil sufriría bajo un conflicto bélico de este tipo, ya que estaría indefensa en tanto que los bandos en lucha tenían que disponer de un sistema de salud eficiente, incluso por razones de propia seguridad. Sobre la base de tales reflexiones surgió la iniciativa de organizar un seminario sobre "Atención de salud bajo la guerra civil". Muchos y eminentes representantes del cuerpo académico, entre los que había desde personas de centro hasta gente de izquierda, se declararon dispuestos a participar como exponentes en el seminario, reinando un consenso, poco habitual entonces, sobre la urgencia de ese curso extracurricular, (casi) sin importar las diferencias políticas entre los docentes.

En los meses de mayo, junio y julio de 1973 hubo clases magistrales, abiertas a estudiantes y profesionales del área de la salud, en las que se trataron diversas materias de la salud bajo la guerra civil, recurriendo a experiencias de España, Argelia y Vietnam. El interés en las informaciones específicas sobre emergencias médicas en tiempos de guerra congregó a un significativo número de personas de todas las áreas del sector salud. El curso pudo realizarse tal como estaba programado—incluso algunos estudiantes especialmente entusiastas solicitaron una constancia formal de participación.

El golpe militar de septiembre de 1973 irrumpió violentamente en la sociedad chilena y muchos nos vimos expuestos al asedio de los nuevos gobernantes. En el clima de intimidación general y de frecuentes denuncias entonces imperante, encontré muchas veces en las calles de mi ciudad a colaboradores y participantes del seminario, entre ellos también a algunos que para entonces estaban abiertamente del lado de los militares. Sin embargo, esos prosélitos de un nuevo orden no me denunciaron, aún cuando solamente el título del curso habría ofrecido razones de sospecha y los militares no eran muy exigentes en su definición de enemigos peligrosos. Hasta hoy tengo presentes esos encuentros en la vía pública, con los puestos militares en cada esquina, y veo como probable que tales experiencias hayan contribuido a que yo, durante el estudio de campo, estuviera dispuesto a oír exhaustivamente todas las circunstancias que pudieran aclarar la situación existencial de los involucrados o afectados, tratando de evitar juicios a priori.

Creo que ambos sucesos causaron en mí un ánimo de perplejidad creativa, pues al respecto no me pareció apropiada ninguna interpretación o explicación apresurada. Pueden ser considerados como antecedentes de experiencias que marcan para permitir una actitud empática frente a las personas, de diferentes posiciones políticas, que vivieron directamente la época de la dictadura en los tres países de la investigación.

El primer hecho me enseñó la necesidad de ver con cierto escepticismo las actitudes masivas de buenas intenciones y, sin embargo, a no condenar de antemano a quienes cambiaron de posición. El segundo suceso me mostró la propia vulne-



rabilidad y produjo sensaciones muy contradictorias, pues entonces tuve a menudo que confiar en personas prácticamente desconocidas.

Pienso que ambos sucesos prepararon el terreno personal para esta investigación, en tanto que me suministraron experiencias profundas frente a circunstancias de decisión controvertida. Acerca de mi posición personal frente a los resultados de esta investigación, debo decir que para mí "comprender todo" no equivale a "disculpar todo".

Ciertamente el foro de este libro no podía ser el lugar para efectuar acusaciones contra médicos que participaron activa o pasivamente en crímenes de lesa humanidad. Sin embargo, el trabajo en sí tiene propósitos esclarecedores: el trato sistemático de tales delitos impide su relativización y su olvido, y ayuda también a fomentar una sensibilidad específica para congeniar los derechos humanos y la ética médica, de manera que tales hechos del pasado reciente no sean ignorados, sino que de ellos pueda derivarse lecciones para los tiempos venideros.

Finalmente quiero decir que esta investigación fortaleció en mí la esperanza en un orden social solidario basado en el respeto de los hombres (concepto genérico) entre sí y en la promoción de los derechos humanos, pues durante su desarrollo tuve múltiples oportunidades de apreciar personalmente, especialmente a través de las personas entrevistadas, que no sólo las circunstancias forman a las personas, sino que éstas también pueden oponerse a condiciones inhumanas e indignas y transformarlas en base al común esfuerzo.

## LITERATURA DE REFERENCIA

- AAAS [American Association for the Advancement of Science] (1990): Health Services for the Treatment of Torture and Trauma Survivors. Washington
- Acuña, C.H. et al. (1995): Juicio, Castigos y Memorias. Derechos humanos y justicia en la política argentina. Buenos Aires
- Achugar, H. et al (1994) Antiguos crímenes. Edipo - Narciso - Caín. Montevideo
- Adam, H. (1993): Terror und Gesundheit. Ein medizinischer Ansatz zum Verständnis von Folter, Flucht und Exil. Weinheim
- Adams, D. et al. (1987): Statement of Violence. Declaration of Seville. In: Medicine and War 1: 191-2
- Adorno, Th.W. (1968): Eingriffe. Neun kritische Modelle. Frankfurt a.M.
- Adorno, T.W. (1973): Studien zum autoritären Charakter. Frankfurt/M.
- Agosin, M. (1992): Cycles of madness. Mothers of the Plaza de Mayo. New York
- Allodi, F.; Cowgill, G. (1982): Ethical and Psychiatric Aspects of Torture: A Canadian Study. In: Can. J. Psychiatry, Vol 27: 98-102
- Allodi, F.; Randall, G.R. et al (1985): Physical and Psychiatric Effects of Torture: Two medical Studies. In: Stover, E. & E.G. Nightingale (AAAS): The Breaking of Bodies and Mind. Torture, Psychiatric Abuse and the Health Professions. New York
- amnesty international [ai] (1980): Labor de la profesión médica contra la tortura, muerte y desaparición de presos políticos. Costa Rica
- ai (1981): Disappearances. A Workbook. New York
- ai (Hg.) (1982): Nicht die Erde hat sie verschluckt - "Desaparecidos"- Opfer politischer Verfolgung. Frankfurt a.M.
- ai Index: AMR 52/18/83
- ai (1983): La tortura en Chile. Madrid



- ai Index: AMR 22/29/84 "Recent torture testimonies implicating doctors in abuses of medical ethics in Chile". London
- ai (1985): "Wer der Folter erlag... Ein Bericht über die Anwendung der Folter in den 80er Jahren. Frankfurt
- ai Index: AMR 22/36/86: "Human rights in Chile: The role of the medical profession". September 1986.
- ai (1988): Der regionale Menschenrechtsschutz in Afrika, Amerika und Europa. Frankfurt a.M.
- ai (1989a): Medicine at risk: The doctor as human rights abuser and victim. AI Index: ACT 75/01/89. London
- ai & V. Marange (1989b): Doctos and torture. Collaboration or resistance? London
- ai (1990): Involvement of medical personnel in abuses against detainees and prisoners (revised and updated). AI Index: ACT 75/05/90. London
- ai/Medical Commission and V. Marange (1991): Doctors and Torture. Collaboration or Resistance? London
- ai (1996): Heilberufler und Menschenrechtsverletzungen. Gratwanderung zwischen Gewissen, Gefährdung und Komplizenschaft. Bonn
- A.I.D.A. (Association Internationale de Défense des Artistes victimes de la répression dans le monde) (1981): Argentine: une culture interdite. Pièces à conviction 1976-1981. Paris V
- Amati, S. (1977): Qualche riflessione sulla tortura per introdurre una discussione psicoanalitica. In: Rivista di psicoanalisi, XXIII, 3.
- Amati, S. (1987): Some thoughts on torture. In: Free associations. Psychoanalysis, Groups, Politics, Culture. London
- Amati, S. (1990): Psychoanalytische Reflexionen über die Arbeit zur Entfremdungsüberwindung. In: Riquelme, H. (Hrsg) Zeitlandschaft im Nebel. Menschenrechte, Staatsterrorismus und psychosoziale Gesundheit in Südamerika. Frankfurt a.M.:19-36
- American Board of Internal Medicine (1983): Subcommittee on Evaluation of Humanistic Qualities in the Internist. Ann. intern. Med. 99: 720-24
- Amery, J. (1988): Jenseits von Schuld und Sühne. Bewältigungsversuche eines Überwältigten. München.
- Anders, G. (1982): Ketzereien. Frankfurt/M.

- Anders, G. (1982): Das Günther Anders Lesebuch. Hrsg. v. B. Lasahn. Zürich
- Anderson, J. & Caddell, D. (1993): Attitudes of Medical Professionals toward Euthanasia. In: Soc. Sci. Med. Vol 37, No 1: 105-114
- Andre, J. (1992): Learning to see: moral growth during medical training. In: J. of Medical Ethics 18: 148-52
- Ankerstein, H.S. et al. [Hg.] (1985): Heilen und Vernichten im Nationalsozialismus/Katalog zur Ausstellung.
- Annas, G.I. & Grodin, M.A. [eds] (1992): The Nazi Doctors and the Nuremberg Code: Human Rights in Human Experimentation. New York
- Annas, G.J. & Grodin, M. (1998): Medizinische Ethik und Menschenrechte: das Vermächtnis von Nürnberg. In: Kolb, S. Seithe, H. [Hg]: Medizin und Gewissen. Frankfurt/M.
- Antelme, R. (1996): La especie humana (presentación de Marcelo Viñar). Montevideo
- Apitz, B. (1961): Nackt unter Wölfen. Reinbek bei Hamburg
- Aranguren, J.L. (1958): Etica. Madrid
- Arendt, H. (1991): Elemente und Ursprünge totalitärer Herrschaft. München
- Arestivo, C.A. (1991): Notas sobre lo siniestro en la relación torturado-torturador. Paper (11 pp) al V Simposio "Cultura y situación psicosocial en América Latina. Hamburgo
- Arrate, J. (1987): Exilio. Textos de denuncia y esperanza. Santiago
- Arriola, M. (1991): Una Reconstrucción necesaria: Nuestras experiencias de personas torturadas en el Paraguay de Stroessner. Paper (25 pp) al V Simposio "Cultura y situación psicosocial en América Latina. Hamburgo
- Asociación Psicoanalítica Argentina (1986): Comisión de investigaciones sobre las consecuencias de la represión política (comunicación preliminar). In: Revista chilena de psicología. Vol. VIII, N°2:65-70
- Asamblea Permanente por los Derechos Humanos (1987): La desaparición. Crimen contra la humanidad. Buenos Aires
- Die Auschwitz-Hefte (1995), 2 Bände: Texte der polnischen Zeitschrift 'Przegląd Lekarski' über historische, psychische und medizinische Aspekte des Lebens und Sterbens in Auschwitz. Hg. v. Hamburger Institut für Sozialforschung. Frankfurt.

- Baader, G.; U. Schulz [Hg.] (1983): *Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit - Ungebrochene Tradition?* Berlin
- Baader, G. (1985) *Ärzte und medizinische Verbrechen: Menschenexperimente.* In: F. Kudlien [Hg.]: *Ärzte im Nationalsozialismus.* Köln
- Baader, G. (1984): *Die Medizin im Nationalsozialismus: Ihre Wurzeln und die erste Periode ihrer Realisierung 1933-1939.* In: *Nicht mißhandeln..* Berlin.
- Baader, G. (1986): *Medizinische Menschenversuche im Nationalsozialismus.* In: H. Helmchen, R. Winau [Hg.] *Versuche mit Menschen in Medizin, Humanwissenschaft und Politik.* Berlin
- Bachelard, G. (1974): *Epistemologie. Ausgewählte Texte.* Frankfurt
- Bada, R. (1998): *Me queda la palabra.* Huelva
- v. Baeyer, W.R.; Häfner, H.; Kisker, K.P (1964): *Psychiatrie der Verfolgten. Psychopathologische und gutachterliche Erfahrungen an Opfern der nationalsozialistischen Verfolgung und vergleichbarer Extrembesatzung.* Berlin - Göttingen - Heidelberg
- Baruch Bertocchi, N. (1988): *La cara civil de los golpes de estado.* Buenos Aires
- Barudy, J. & C. Vieytes (1985): *El dolor invisible de la tortura.* Brüssel
- Bauman, Zygmunt (1993): *Biology and the Modern Project.* Diskussionspapier 2-93. Hamburger Institut für Sozialforschung. Hamburg
- Baur, K. (1978): *Zeitgeist und Geschichte.* münchen
- Becker, D. & E. Lira [ILAS] (1990): *Derechos humanos: Todo es según el dolor con que se mira.* Santiago de Chile
- Becker, D. & E. Weinstein (1986): *La familia frente al miedo: aspectos psicodinámicos y psicoterapéuticos.* In: *Rev. Chil. Psic. Vol VIII*
- Behnke, K.; Fuchs, J. (1995): *Zersetzung der Seele. Psychologie und Psychiatrie im Dienste der Stasi.* Hamburg
- Benedetti, M. (1972): *El testimonio y sus límites.* In: UNESCO: *América Latina en su literatura.* Ciudad de México
- Benedetti, M. (1979): *Pedro y el capitán.* Montevideo
- Bergalli, R. (1986-87): *Memoria colectiva y derechos humanos.* In: "Derechos humanos en Latinoamérica". Granada: 83-112
- Berger, H. (1980): *Untersuchungsmethode und soziale Wirklichkeit.* Frankfurt



- Bermann, S. (1994): Sociedad, psicología y tortura en América Latina. En: Goethe Institut : Efectos psicosociales de la represión política. sus secuelas en Alemania, Argentina y Uruguay. Córdoba/Argentina (11-31)
- Bettelheim, B. (1943): Individual and Mass Behaviour in Extreme Situation. In: Journal of Abnormal and social Psychology. Nr. 38: 417-52
- Bezwincka, J. & D. Czech (1981): Auschwitz in den Augen der SS: Höss, Brandt, Kremer.
- Bianchedi, E. Tabak de; Bianchedi, M. et al. (1989): Niños secuestrados en la Argentina: Metodología de restitución a sus familias originales. Algunas reflexiones acerca de su identidad. Ponencia al 36avo Congreso Internacional de Psicoanálisis. Roma
- Birck, A./BZFO (2000): Wie krank muß ein Flüchtling sein, um von der Abschiebung ausgenommen zu werden. (Paper) Berlin
- Birnbacher, D. & N. Hoerster (1976): Texte zur Ethik. München
- Birnbacher, D. (1990): Gefährdet die moderne Reproduktionsmedizin die menschliche Würde. In: A. Leist (Hrsg.): Um Leben und Tod. Frankfurt/M.
- Bisquerra, R. (1989): Introducción conceptual al análisis multivariable. Barcelona
- Blanck, P.D. et al. (1992): Scientific rewards and conflicts of ethical choices in human subjects research. In: Am. Psych. Vol. 47, No.7:959-65
- Blasius, D. (1994): "Einfache Seelenstörung." Geschichte der deutschen Psychiatrie 1880-1945. Frankfurt/M.
- Bloch, K.; Reif. A. [Hrsg.] (1982): Denken heißt Überschreiten. Frankfurt/M.
- Boccia P, A.; Portillo, C.; Arestivo, C. (1992): Médicos, ética y tortura en el Paraguay. Asunción
- Bodemer, K.; M. Licio & D. Nolte (Hrsg.) Uruguay zwischen Tradition und Wandel. Institut für Iberoamerika-Kunde. Schriftenreihe Band 36. Hamburg
- Bonaparte, L. (1984): Los militares en la Argentina y su método de tortura interminable. in: Testimonios sobre la represión y la tortura, Nr. 6. Buenos Aires
- Bonaparte, L. (1985): Ponencia ante el Simposio internacional. "La tortura en América Latina", Buenos Aires
- Bonaparte, L. (1986): ¿Son recuperables los torturadores? En: Territorios, salud mental y derechos humanos. N°2: 3-7

- Boppel, P.(1996): Ausbildung, Sozialisation und Persönlichkeit von Folterern. Psychoanalytisch-sozialisationstheoretische Aspekte einer 'Antropologie des Bösen'. In: Zeitschrift für Politische Psychologie. Jg. 4, Nr. 2: 121-134
- Boppel, P.(1999): Traumatisierungsvorgänge bei der Folterausbildung. In: Zeitschrift für Politische Psychologie VII, 1+2: 19-28
- Bostelaar, R. (1993): Reanimation durch Krankenhauspersonal. Selbsteinschaetzung und Wissenstand. In: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift. 46, 9 Suppl.: 13-15
- British Medical Association [BMA] (1986): The torture report, investigating the involvement of doctors in torture. London
- BMA (1992): Medicine betrayed. The participation of doctors in human rights abuses. London
- Brehm, W. (1943): Der Rassenbrei in Mittelamerika und Westindien. Im: Ibero-Amerika-Rundschau, Nr. 3/4: 47-48
- Brotzman, G.L. & Mark, D.H. (1993): The effect of resident attitudes of regulatory policies regarding pharmaceutical representative activities. In: J. Gen.Int.Med.. Vol. 8: 130-4
- Brown, J.S. & Tooke, Sh.K. (1992): On the Seclusion of psychiatric Patients. In: Soc. Sci Med. Vol. 35. No. 5: 711-721
- Brückner, P. (1982): Psychologie und Geschichte. Berlin
- Bruno, A.; Cavarozzi, M.; Palermo, V. (1985): Los derechos humanos en la democracia. Buenos Aires
- Buber, M. (1961): Begegnung. Autobiographische Fragmente. Stuttgart
- Büchner, F. (1961): Die Medizin im Dritten Reich. In: F. Büchner [Hg.]: Von der Größe und Gefährdung der modernen Medizin. Freiburg/Basel/Wien.
- Bühler, C.; Ekstein, R. (1973): Anthropologische Resultate aus biographischer Forschung. In: H.-G. Gadamer & P. Vogler: Neue Anthropologie, Band V: Psychologische Anthropologie
- van den Busche, Henrik [Hrsg] (1989): Medizinische Wissenschaft im >Dritten Reich< Kontinuität, Anpassung und Opposition an der Hamburger Medizinischen Fakultät. Berlin
- Cabello, F. (1977): Los códigos no son suficientes. Vida médica N° 37: 24-26
- Cabello, F. (1986): Human experimentation and human rights: is biomedical experimentation on children ethically permissible?

- Caetano, G. & J. Rilla (1991): Breve historia de la dictadura. Montevideo
- Campuzano, M. et al. (1987): Psicología para casos de desastre. Ciudad de Mexico
- Candia, L. (1986): La tortura, el torturador y la desaparición de personas. in: Territorios, Nr. 4. Buenos Aires.
- Canetti, E. (1981): Die gerettete Zunge. Frankfurt/M.
- Canetti, E. (1983): Masse und Macht. Frankfurt/M.
- Canguilhem, G. (1977): Das normale und das Pathologische. Frankfurt/M.
- Caplan, A.L. (1992): When Evil Intrudes: Twenty Years After. The Legacy of the Tuskegee Syphilis Study. In: Hasting Center Report. 22, No 6: 29-32
- Carli, A. (1992): Violencia organizada y sus efectos psicológicos en niños latinoamericanos: aproximación fenomenológica-comparativa. En: Riquelme, H.: Otras realidades - otras vías de acceso... (177-194)
- Castillo, M.L.; R. Domínguez & S. Salamovich (1986): Efectos psicosociales de la represión política. FASIC, Paper zum III Symposium über Alternativen der Psychiatrie in Lateinamerika. Buenos Aires
- Castillo, M.I.; Piper, I. (1996): Jóvenes y procesos migratorios "Nosotros perdimos la patria, ¿Quedará siempre esa ausencia?. Santiago de Chile, Ediciones ChileAmérica Cesoc
- Castillo, P. (1987): Ética de la opción quirúrgica. Paper "Cuartas jornadas de ética médica. CMC. Santiago
- Centre for Documentation on Refugees (1991): A selected Bibliography on Refugee Health. Geneve - New York
- Centro de Estudios Legales y Sociales [CELS] (1986): Terrorismo de estado - 692 responsables. Buenos Aires
- Cerdeña, C./Goethe-Institut (1994): Chacabuco. Voces en el Desierto. Santiago de Chile
- Children in War and Persecution. Proceeding of the Congress. Hamburg - September 1993 Sel. & comp. by, Adam, H.; Riedesser, P.; Riquelme, H.; Verderber, A & Walter, J., UNICEF/Stiftung. für Kinder. Osnabrück
- Chomsky, N. (1973): Über Erkenntnis und Freiheit. Frankfurt/M.
- Cicourel, A.V. (1974): Methode und Messung in der Soziologie. Frankfurt
- Cicourel, A.V. (1975): Sprache in der sozialen Interaktion. München



- Centro de Intervención y Tratamiento del Stress [CINTRAS] (1992): Derechos humanos, salud mental, atención primaria: desafío regional. Santiago
- Colegio de Abogados del Uruguay (Oktober 1987): Proyecto de Ley sobre Delitos de Lesa Humanidad. Montevideo
- Colegio Médico de Chile [CMC] (1974): Reglamento interno sobre normas de detalle que regirán las instrucciones de los sumarios. Santiago de Chile.
- CMC (1984): Posición del Colegio Médico frente a la tortura. In: Vida médica. Santiago, Juli
- CMC (1986): Normas y documentos de ética médica. Santiago
- CMC-Documentos (sine Datum) S. Pescio: Tortura y profesionales de la salud. Chile 1973-1989.
- CMC (1990): Homenaje a los médicos mártires 1973-1976. Santiago
- Comité de Defensa de los Derechos del Pueblo [CODEPU] (1986-7): Tortura. Documento de denuncia. Vols. V.VI. und VII. Santiago
- CODEPU (1989): Persona, Estado, Poder. Estudios sobre salud mental. Volumen I, Chile 1973-1989. Santiago de Chile
- CODEPU (1990a): Tortura: Aspectos médicos, psicológicos y sociales. Prevención y tratamiento
- CODEPU (1990b): “Todas íbamos a ser reinas...” Estudio sobre nueve mujeres embarazadas que fueron detenidas y desaparecidas en Chile. Santiago
- CODEPU (1994): La gran mentira. El caso de las “Listas de los 119”. Santiago
- CODEPU (1996): Persona, Estado, Poder. Estudios sobre salud mental. Volumen II, Chile 1990-1995. Santiago de Chile
- CODEPU-DIT-T (1996): Crímenes e impunidad. La experiencia del trabajo médico, psicológico, social y jurídico en la Violación del Derecho a la Vida. Santiago de Chile
- CODESEDH (Comité para la defensa de la salud y los derechos humanos) (1999): Democratización y protección de la dignidad humana. Buenos Aires
- Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas (CONADEP)/Comisión Sábato (1984): Nunca más. Buenos Aires
- Comité de Estudios Feto-Neonatales. Sociedad Argentina de Pediatría (1992): La Mortalidad Infantil Neonatal. In: Salud, Problema y Debate Vol 4, No.7: 41-3.

- Conti, H. (1975): Mascaró. El cazador americano. La Habana / (1985): Mascaró, der amerikanische Jäger. Bornheim-Merten.
- Crelinsten, R.D. & A.P. Schmid (editors) (1993): The Politics of Pain. Torturers and their Masters. Den Haag
- Cruz-Coke, R. (1978): Human Rights and Chilean Doctors. In: New England Journal of Medicine. 300: 144-5
- Dahmer, H. (1987): Derealisierung und Wiederholung. Vortrag zu "Viereinhalb Jahre Auschwitz. 1940-45" bei Hamburger Institut für Sozialforschung, Oktober 1987
- Dalla-Vorgia, P. et al. (1992): Attitudes of a Mediterranean Population to the truth-telling issue. In: Journal of medical ethics 18: 67-74
- Davidson, K.W. et al. (1989): Physician' Attitudes on Advance Directives. In: JAMA, Vol. 262, No 17: 2415-19
- Dawson, J. (1991): The BMA's Torture Report and afterwards. In: Journal of Medical Ethics. Vol. 17, Supplement: 17-18
- Defence for Children International (June 1989): Traffiking and Sale of Children in Argentina. Buenos Aires
- Devereux, G. (1977): De la ansiedad al método en la ciencias del comportamiento. Mexico
- Diner D. (Hg.) (1988): Zivilisationsbruch. Denken nach Auschwitz. Frankfurt a. M.
- Diner, D. (1991): Die Wahl der Perspektive. Bedarf es einer besonderen Historik des Nationalsozialismus. In: Hamburger Institut für Sozialforschung. W. Schneider [Hg.]: Vernichtungspolitik.
- Dietrich, W. (1988): Dignidad. Menschenrechte und Menschenrechtsschutz in Zentralamerika. Saarbrücken
- Documentos de CINTRAS (1987): C. Madariaga, J. Pavín: "Caso Mauricio Arenas Bejas: Un modelo de manipulación psicológica?". Santiago
- Dörr Z., O. (1989): Fronteras éticas en psiquiatría. Paper "Cuartas jornadas de ética médica. CMC. Santiago
- Domínguez, R. & E. Gómez (1986): Reflexiones sobre ética, psicoterapia y derechos humanos. Cuadernos de FASIC
- Dorfman, A. (1979): Cría ojos. Ciudad de México
- Dorfman, A. (1992): Der Tod und das Mädchen. Frankfurt/M.

- Dressel, R. (1993): Ethik im Medizinstudium an der Universität Göttingen. Daten einer Umfrage. In: Frewer, A. [Hg.]: Ethik im Studium der Humanmedizin. Lehrsituation und Reformperspektive an deutschen Universitäten. Teil 1 (13-35). Erlangen
- Durán, H. (1991): La Salud Pública para un nuevo escenario. In: Salud y Cambio. Revista Chilena de Medicina Social. Vol. 3, No 6: 53-4
- Edwards, J. (1973): Persona non grata. Madrid
- Eibach, U. (1990): Genomanalyse und Menschenwürde - Eine theologisch-ethische Stellungnahme. In: Ethik in der Medizin 2: 22-36
- Eitinger, L. (1987): KZ-Haft und psychische Traumatisierung. Vortrag zu "Vier-einhalb Jahre Auschwitz. 1940-45" bei Hamburger Institut für Sozialforschung, Oktober 1987
- Eitinger, L. (1991): Torture - a perspective on the past. In: Journal of Medical Ethics. Vol. 17, Supplement: 9-10
- v. Engelhardt, D. (1993): Euthanasie in historischer Perspektive. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 39: 15-26
- Erdheim, M. (1984): Die gesellschaftliche Produktion von Unbewußtheit. Frankfurt/M.
- Etchegoyen, C. (1991): Apuntes sobre una intervención psicoterapéutica en una víctima del terrorismo estatal nacional-socialista en Montevideo. In KAIROS: El sur también existe...
- Exilforschung. Ein internationales Jahrbuch. Hg. v. C.D. Krohn, E. Rotermund, L. Winkler & W. Koepke. Band I/1983-XVI/1998. München
- Fahrenbach, S. (1989): Erscheinungsformen und Motive progressiver Haltungen deutscher Ärzte in der Zeit des Faschismus. In A. Thom & GI Caregorodcek: Medizin unterm Hakenkreuz.
- Fanon, F. (1963/1966/1968)): The wretched of the earth. London. / Die Verdammten dieser Erde. Frankfurt. / Los condenados de la tierra. Mexico
- Fariás, Víctor (1989): Heidegger und der Nationalsozialismus. Frankfurt/M.
- Fariña, J.J. (1992): Aspectos psicosociales de la amnes(t)ia en Argentina: los tres tiempos de la exculpación. En Riquelme, H. (editor) Otras realidades - otras vías de acceso. Psicología y psiquiatría transcultural en América Latina. Caracas
- Farrell, M. (1986-87): La justificación ética de los derechos humanos. In: "Dere-



- chos humanos en Latinoamérica”, Anales de la Cátedra F. Suárez, Depto. de Filosofía del Derecho, Universidad de Granada, N° 26-27: 171-9
- Fasic – Varias Autoras (1986): Exilio 1986-1978. Santiago
  - FDDRP (1984) (Familiares de Desaparecidos y Detenidos por Razones Políticas: Familienangehörige von Verschwundenen und Festgenommenen aus politischen Gründen): Testimonios sobre la represión y la tortura, Buenos Aires Nr. 7-8-9
  - Fica A.E. & F.A. Cabello (1992): Cólera en Latinoamérica: La relación entre salud pública y economía. In: Interciencia. Vol 17, No. 5: 276-283
  - Foucault, M. (1977): Die Ordnung des Diskurses. Frankfurt/M.
  - Foucault, M. (1992): La vida de los hombres infames. Buenos Aires
  - Frader, J. (1992): Political and Interpersonal Aspects of Ethic Consultation. In: Theoretical Medicine 13: 31-44
  - Franzbach, M. (1992): Lateinamerikanistik an deutschen Hochschulen 1933-1945. In: Tranvía, Nr. 26: 52-56
  - Französisches Büro des Informationsdienstes über Kriegsverbrechen (1945/1988): Konzentrationslager. Dokument F 321 für den Internationalen Militärgerichtshof Nürnberg. Frankfurt a. M.
  - Freedman, B. (1991): Violating confidentiality to warn of a risk of HIV infection: Ethical work in progress. In: Theoretical Medicine 12: 309-323
  - Freire, P. (1969): Pedagogía del oprimido. Santiago/(1973): Pädagogik der Unterdrückten. Hamburg
  - Fuchs, J. (1995): Tiempo de recordar. Diálogo con Liliana Isod. Buenos Aires
  - Gadamer, H.G. (1960): Wahrheit und Methode. Tübingen
  - Gaetschenberger, G. (1993): Pflege von Patienten aus verschiedenen Kulturen. In: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift. 46 (8): 569-72
  - Galtung, J. 1982): Strukturelle Gewalt. Beiträge zur Friedens- und Konfliktforschung. Reinbek bei Hamburg
  - Galtung, J. (2000): Die Zukunft der Menschenrechte (Vision: Verständigung zwischen den Kulturen).Frankfurt/M.
  - Das Gesundheitswesen im Nationalsozialismus. Referate und Dokumente vom Berliner Gesundheitstag (1980). In: Autonomie. Sonderheft Nr.2, Juli

- Geertz, Cl. (1984): Distinguished Lecture: Anti Anti-Relativism. In: American Anthropologist. 86: 276.
- Geertz, Cl. (1987): Dichte Beschreibung. Frankfurt/M.
- Geertz, Cl. (1992): Kulturbegriff und Menschenbild. In: Habermas, R. & N. Minkmar.
- Gehlen, A. (1986): Anthropologische und sozialpsychologische Untersuchungen. Reinbek
- Gerst, Th. (1994): "Nürnberger Ärzteprozeß" und ärztliche Standespolitik. Der Auftrag der Ärztekammer an Alexander Mitscherlich zur Beobachtung und Dokumentation des Prozeßverlaufs. In: Deutsches Ärzteblatt 91, 22/23: B-1.200-10
- Geust, B. & S. Schoen (1993): Was ist gute Pflege? Eine komparative Studie in Finnland und der Bundesrepublik Deutschland. In: Die Schwester/Der Pfleger 32 (4): 291-4
- Giberti, E. (1987a): Etica y Derechos Humanos: una preocupación profesional. In: Rev. Arg. Psic., Vol. XVIII, Nr. 38: 17-34
- Giberti, E. (1987b): La adopción. Buenos Aires
- Giordano, R. (1988): Die Bertinis. Frankfurt/M.
- Gissi, J. (1990): Psicoantropología de la pobreza. Oscar Lewis y la realidad chilena. Santiago de Chile
- Glaser, H. (1983): Das Exil fand nicht statt. Schulwirklichkeit im Deutschunterricht 1945-1965. In: Walberer, U.: 10. Mai 1933 Bücherverbrennungen in Deutschland und die Folgen. Frankfurt/M.
- Gobineau, A. de (1853-1855): Essai sur l'inégalité des races humaines. 2 Bände, Paris (dt. 1898-1902) Versuch über die Ungleichheit von Menschenrassen. Stuttgart.
- Goethe Institut/D. Strauß [Ed] (1991): El mundo de Ana Frank. Santiago
- Goethe Institut (1994): Efectos psicosociales de la represión política. sus secuelas en Alemania, Argentina y Uruguay. Córdoba/Argentina
- Goffman, E. (1971): Interaktionsrituale. Über Verhalten in direkter Kommunikation. Frankfurt/M
- Goffman, E. (1973): Interaktion: Spaß am Spiel, Rollendistanz. Frankfurt/M.
- Gómez Mango, E. (1992): L'arrêt des mots. De la psychanalyse et de la tyrannie. In: Rev. Int. Hist. Psychanal, 5: 509-18

- González Casanova, P. (coordinación)(1977): América Latina: Historia de medio siglo. 1- América del Sur. Mexico
- Graessner/Gurris/Pross (1996): Folter. An der Seite der Überlebenden. Unterstützung und Therapien. München
- Gramsci, A. (1973): Cuadernos de la cárcel. Los intelectuales y la organización de la cultura. México
- Grandjonc, J.; Grundtner, Th. [Hg.](1993): Zone der Ungewißheit. Exil und Internierung in Südfrankreich 1933-44. Reinbek bei Hamburg
- Gregg Bloche, M. (1987): Uruguay military physicians: Cogs in a system of state terror. In: American Association for the Advancement of Science. Washington
- Gregory, M.; Carroll, S. (1988): Lenguaje y situación. Ciudad de México.
- Grele, R.J. (1985): Ziellose Bewegung. Methodologische und theoretische Probleme der Oral History. In: L. Niethammer
- Grinberg, L. (s.d): La memoria acusa: psicoanalistas bajo regímenes totalitarios. Paper
- Griss, Th. et al. (1991): Standards in research. APA's Mechanism for Monitoring the Challenges. In: Am. Psych. Vol. 46, No. 7:758-66
- Grodin, M.A. et al. (1993): Medicine and Human Rights. A Proposal for International Action. In: Hasting Center Report 23, No. 4: 8-12
- Gross, J. & B. Andresen (1993): Ätiopathogenetische Wissensdefizite und invasive therapeutische Eingriffe in der Psychiatrie
- Guinsberg, E. (1978): Los medios masivos de comunicación como "escuela" de la personalidad. Una aproximación psicoanalítica. En: Colección Pedagógica Universitaria, N° 5, Enero-Julio (pp. 73-96). Veracruz
- Guinsberg, E. (1985): Salud mental, paz y terrorismo de estado. Le Monde Diplomatique. Mexico
- Gulian C.I. (1981): Mythos und Kultur. Frankfurt/M
- Habermas, J. (1975): Der Universalanspruch der Hermeneutik. In: Holzer, H. und Steinbacher, K. (Hrsg.): Sprache und Gesellschaft. Hamburg
- Habermas, J. (1983): Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln. Frankfurt/M.
- Habermas, J. (1991): Erläuterungen zur Diskursethik. Frankfurt/M



- Habermas, R. & N. Minkmar (Hrsg.) (1992): Das Schwein des Häuptlings. Beiträge zur historischen Anthropologie. Frankfurt/M.
- Hajer, D. (1992): Testimonio de la época vivida durante la dictadura en Montevideo, Uruguay
- Hamburger Institut für Sozialforschung (Hrsg.) (1987a): Die Auschwitz-Hefte. Texte der polnischen Zeitschrift "Przeglaad Lekarski" über historische, psychische und medizinische Aspekte des Lebens und Sterbens in Auschwitz. Hamburg
- Hamburger Institut für Sozialforschung (Hrsg.) (1987b): Nie Wieder! Ein Bericht über Entführung, Folter und Mord durch die Militärdiktatur.
- Hahn, S. (1989a): Revolution der Heilkunst - Ausweg aus der Krise? Julius Moses (1868-1942) zur Rolle der Medizin in der Gesundheitspolitik der Weimarer Republik. Berlin
- Hahn, S. (1989b): Entwicklungstrends der Betreuung chronisch Kranker im Rahmen der faschistischen Gesundheitspolitik in Deutschland. Berlin
- Haritos-Fatourous, M.: The official torturer. A learning model for obedience to the authority of violence. In: J. Appl. Social. Psych. 18: 1107-1120
- Haritos-Fatouros, M. (1991): Die Ausbildung des Folterers. Trainingprogramme der Obristendiktatur in Griechenland. In: Reemtsma, J.P. [Hg.]: Folter. Hamburg (73-90)
- Hartmann, K.D. (Hg.) (1975): Vorurteile, Ängste und Aggressionen. Frankfurt/M
- Haslam, R.H.A. & Milner, R. (1992): The Physician and Down Syndrome: Are Attitudes Changing. In: J. child Neuro. Vol. 7: 304-310
- Hegel, F. (1913): System der Sittlichkeit. In: Schriften zur Politik und Rechtsphilosophie. Hrsg. v. G. Lasson. Leipzig
- Heinz, W.S. (1986): Menschenrechte in der Dritten Welt. München
- Heinz, W.S. (1993): The Military, Torture and Human Rights: Experiences from Argentina, Brazil, Chile and Uruguay. In: The Politics of Pain. Torturers and their Master.
- Heiss, H.W.; F.J. Illhardt & M. Dornberg (1994): Das ärztliche Wertbild - Unzeitgemäß oder Orientierung für heute. Deutsches Ärzteblatt. Heft 5
- Heister, E. & E. Seidler (1989): Ethik in der ärztlichen Ausbildung an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer Umfrage. In: Ethik in der Medizin 1: 13-23

- Henle, P. (1975): Sprache, Denken, Kultur. Frankfurt a.M.
- Herrera M. & E. Temembaum (1988): Identidad, despojo y restitución. Buenos Aires
- Hippokrates (1962): Schriften. Die Anfänge der abendländischen Medizin. Reinbek bei Hamburg
- Hofer, W. (1957): Der Nationalsozialismus. Dokumente 1933-1945. Frankfurt, S. 86.
- Hoffmann, I. (1993): Wahrheit am Krankenbett. Zur ethischen Problematik der Pflegeberufe. In: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift 46, 5 Suppl. 2-27
- Holzer, H. & K. Steinbacher (Hrsg.) (1975): Sprache und Gesellschaft. Hamburg
- Hopf, C. & E. Weingarten [Hg] (1979): Qualitative Sozialforschung. Stuttgart
- Horkheimer, M. & Th. Adorno (1971): Dialektik der Aufklärung. Frankfurt a.M.
- Huber, G. (1990): Colloque Patrimoine Génétique et Droits de l'Humanité (25-28 Octobre 1989 - Paris). Libre blanc des recommandations. Paris
- Huemer, P. & G. Schurz (Hg.) (1990): Unterwerfung: über den destruktiven Gehorsam. Wien/Darmstadt
- Houben, H.H. (1990): Hier Zensur - wer dort? Der gefesselte Biedermeier. Leipzig
- Huhle, R. (1991): Demokratisierung mit Menschenrechtsverbrechern? Die Debatte um die Sanktion von Menschenrechtsverletzungen in den lateinamerikanischen Demokratien. In: D. Nolte (Hrsg.) Lateinamerika im Umbruch? Institut für Iberoamerika-Kunde. Schriftenreihe Band 33
- Hyward, R. & Weissfeld, J. (1993): Coming to Terms with the Era of Aids: Attitudes of Physicians in U.S. Residency Programs. In: Journal of General Internal Medicine. Vol 8: 10-18
- International Commission of Health Professionals [ICHP] (1985): Human Rights and Mental Health in Japan. Geneve
- ICHP (1986): Health and Human Rights. Geneve
- ICHP (1988): Healing in Africa. Geneve
- Illhardt, F.J. (1985): Medizinische Ethik. Ein Arbeitsbuch. Berlin
- Illhardt, F.J. (1989): Aktuelle ethische Problemfelder in der Medizin. In: Ethik in der Medizin 1: 24-35
- Informe de la Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas (Informe Sábato/CONADEP) (1984): Nunca Más. Buenos Aires

- Informe de la Comisión de Verdad y Reconciliación. Versión oficial completa. La Nación (5-III-1991), Santiago de Chile
- Isuani, E.A. & H. Mercer (1988): La fragmentación institucional del sector salud: pluralismo o irracionalidad? Buenos Aires
- Jonas, H. (1979): Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation. Frankfurt
- Jonsen, A.R. (1991): Casuistry as methodology in clinical ethics. In: Theoretical Medicine 12: 295-307
- Kahlke, W. & S. Reiter-Theil (1992): Ausbildung in medizinischer Ethik - Stand und Perspektiven in Deutschland. In: MMG 17: 227-33. Stuttgart
- KAIROS-Uruguay. (1991): El Sur también existe. Efectos psicosociales del terrorismo de estado en América Latina. Montevideo
- Kaminsky, C. (1990): Ethische Aspekte medizinischer Fälle - Kommentiert und diskutiert. Ergebnisse der IV. Fallstudien des ZfME. In: Medizinethische Materialien. Zentrum für Medizinische Ethik, Heft 62. Bochum
- Kant, I. (1875/1903): Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. Berlin
- Kater, M.H. (1974): Das Ahnenerbe der SS 1935-1945: Ein Beitrag zur Kulturpolitik des Dritten Reiches. Stuttgart
- Kater, M.H. (1989): Die Krise der Ärzte und der Medizin im Dritten Reich. In: Chr. Pross & G. Aly: Der Wert des Menschen. Medizin in Deutschland 1918-1945. Berlin
- Kelman, H.C. & V. L. Hamilton (1989): Crimes of obedience. Yale University.
- Kemp, P. (1992): Das Unersetzliche: eine Technologie-Ethik. Berlin
- Kemp-Genefke, I. (1991): Torture - perspective on the present and the future. In: Journal of Medical Ethics. Vol. 17, Supplement: 11-12
- Kempf, W. [Hrsg.] (1990): Medienkrieg oder Der Fall Nicaragua. Argument-Edition Philosophie und Sozialwissenschaften, 16. Berlin/Hamburg
- Kielstein, R. & H.M. Sass (1993): Wertanamnese und Betreuungsverfügung. Instrumente zur Selbstbestimmung des Patienten und zur Entscheidungshilfe des Arztes und Betreuers. Medizinische Materialien No. 78. Zentrum für medizinische Ethik. Bochum
- Kielstein, R. & H.M. Sass (1994): Materialien zur Erstellung von wertanamnestischen Betreuungsverfügungen. In: Medizinethische Materialien. Zentrum für Medizinische Ethik, Heft 84. Bochum



- Klee, E. [Hg.] (1985): Dokumente zur Euthanasie. Frankfurt
- Klee, E. (1988): Was sie taten - was sie wurden. Ärzte, Juristen und andere Beteiligten am Kranken- oder Judenmord. Frankfurt/M.
- Koch, T. (1990): Das unbedingte Lebensrecht eines jeden Menschen. Eine Kritik von Peter Singers "Praktischer Ethik". In: Ethik in der Medizin 2: 118-128
- König, R. (1984): Leben im Widerspruch. Frankfurt/M.
- Kophamel, W. (1990): Franz Termer. Ein deutscher Mittelamerika-Forscher. In: Tranvía Nr. 19: 45-48
- Kordon, D.; L.I. Edelman et al. (1986): Efectos psicológicos de la represión política. Buenos Aires
- Kordon, D., L. Edelman et al. (1988): Psychological effects of political repression. Buenos Aires
- Kordon, D. (1991): Impunity's psychological effects: its ethical consequences. In: Journal of Medical Ethics. Vol. 17, Supplement: 29-32
- Kurthen, M. et al. (1989): Teilhirntod und Ethik. In: Ethik in der Medizin 1: 134-42
- Lagos, D. (1988): Professional Ethics - Social Ethics - Mental Health and Impunity. In: D. Kordon et al.: Psychological effects of political repression. Buenos Aires, S. 157-62
- Lagos, D. (1989): "Ética y psiquiatría". Vortrag auf dem VIII. Weltkongreß der Psychiatrie in Athen. In: Reflexión. Derechos humanos y salud mental., Nr. 105: 16-19., Santiago de Chile.
- Lantos, J. (1993): Informed Consent. The whole truth for patients? In: Cancer 72, N° 9: 2811-2915
- Larsen, E. (1983): Im Namen der Menschenrechte. München.
- Lateinamerika - Analysen und Berichte (1999/23): Migrationen Bad Honnef
- Leist, A. (1990): Um Leben und Tod. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord. Frankfurt
- Leithäuser, Th. (1976): Formen des Alltagsbewußtseins. Frankfurt, New York
- Liese, P. & K. Zerres (1993): Selbsthilfegruppen und Humangenetik - Ergebnisse einer Umfrage von Vertretern von 27 Selbsthilfegruppen. In: Rüdell, R. & K. Zerres [Hg.]: Selbsthilfegruppen und Humangenetiker im Dialog. Erwartungen und Befürchtungen (52-7). Stuttgart

- Lifton, R. (1988): *The nazi doctors. Medical killing and the psychology of the genocide.* London. Zu Deutsch (1990): *Ärzte im Dritten Reich.* Stuttgart
- Lira, E.; L. Weinstein; S. Salamovich (1986): *El miedo: un enfoque psicosocial.* In: R.Ch.Ps., Vol. VIII, Nr. 1 Santiago de Chile.
- Lira, E.; Weinstein, E.; Kowalskys, J. (1987): *Subjetividad y represión política. Intervenciones psicoterapéuticas..* In: M. Montero (coord.) *Psicología política latinoamericana* (317-46). Caracas
- Lira, E. & M.I. Castillo (1991): *Psicología de la amenaza política y del miedo.* Santiago. Ediciones ChileAmérica Cesoc.
- Lira, E. (1996): *Reparación, derechos humanos y salud mental.* Santiago de Chile. Ediciones ChileAmérica Cesoc.
- Liwski, N.I. (Comité para la defensa de la salud, de la ética profesional y los derechos del pueblo argentino) CODESEDH & CODEPU (1987): *La tortura en América Latina. Seminario internacional.* Buenos Aires
- Liwski, N.I. (1997): *Ética médica y derechos del niño en América Latina. Ponencia al Seminario Ética Médica y Derechos Humanos en América Latina.* En: 1era Conferencia Mundial sobre "Códigos éticos en medicina y biotecnología 1947-1997". Friburgo Alemania (Paper)
- Lolas S., F; R. Florenzano; G. Gyarmati & C. Trejo (1992): *Ciencias sociales y medicina. Perspectivas latinoamericanas.* Santiago
- Löwenthal, L. (1988): *Individuum und Terror.* In: D. Diner (Hrsg.): *Zivilisationsbruch. Denken nach Auschwitz.* Frankfurt/M.
- Löwenthal, L.(1990): *Untergang der Dämonologie. Studien über Judentum, Antisemitismus und faschistischen Geist.* Leipzig
- Lynøe, N. et al. (1993): *The Attitudes of Patients and Physicians toward Placebo Treatment - A comparative Study.* In: Soc. Sci. Med. Vol 36, No 6: 767-774
- Madres de Plaza de Mayo [Periódico] (1986-1988). Buenos Aires
- Mann, Golo (1961): *Deutsche Geschichte 1919-1945.* Frankfurt/M.
- Mann, G. (1978): *Neue Wissenschaft im Rezeptionsbereich des Darwinismus: Eugenik - Rassenhygiene.* In: Ber. Wiss.-gesch.
- Mann, J.; Gruskin, S. & Grodin, M.A. (1999): *Health and Human Rights. A Reader.* New York
- Mannheim, K. (1943): *Diagnosis of our Time.* London

- Mañana C., J. (1992): Historia del Sindicato Médico del Uruguay. Montevideo
- Margolis, E. (1984): Estudio del Sistema de Servicios de Salud. Financiamiento del Sector Salud. UNDP-Projekt URU-82-001/OMS-OPS Projekt URU 5101. Uruguay.
- Marín, Dr. G. (1990): Ciclo de Terror en los regímenes de Morinigo y Stroessner. 1940-1989. Asunción
- Marín H., P.: Situación de salud en prisioneros políticos. Algunos efectos de la tortura y la reclusión. In: CODEPU (1990a): Tortura.
- Marin, P.P., A.J. Bayer, A. Tomlinson & M. Pathy (1989): Attitudes of hospital doctors in Wales to use of intravenous fluids and antibiotics in the terminally ill. In: Postgrad. Med. J. 65:650-2
- Martínez, V. et al. (1987): Terrorismo de estado. Efectos psicológicos en los niños. Buenos Aires
- Martirena, G. (1988): Uruguay. La tortura y los médicos. Montevideo
- Martirena, G. (1991): The medical profession and torture. In: Journal of Medical Ethics. Vol. 17, Supplement: 23-5
- Martirena, G. (1992): Ética - Médicos y Derechos Humanos. Montevideo
- Mauron, A. & Thévoz, J.-M. (1991): Germ-line engineering: A few europeans voices. In: The J. Med. Phil. 16:649-666.
- Mayring, Ph. (1988): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Neuausgabe, Weinheim.
- McKinney, W.P et al. (1990): Attitudes of internal medicine faculty and residents toward professional interaction with pharmaceutical sales representatives. In: JAMA, Vol 264, No 13: 1693-7.
- McNeill et al. (1992): Do Australian Researchers accept Committee Review and Conduct Ethical Research?
- Mendler, T.M. (1993): Geborgen sterben dürfen. In: Ethik in der Medizin. 5, 3: 136-46
- Meyer-Lie, A. (1987): The political abuse of medicine. In: Soc. Sci. Med. Vol. 25 No. 6: 645-8
- Michelini, D.J.; San Martín, J y Wester, J. (1995): Etica. Discurso Conflictividad. Hmenaje a Ricardo Maliandi. Córdoba/Argentina
- Milgram, S. (1974): Obedience to Authority. An Experiemtal View. New York



- Mistura, S. (1978): *La fabbrica della tortura*. Verona
- Mitscherlich, A. & F. Mielke [Hrsg] (1978): *Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses*. Neuausgabe. Frankfurt a.M.
- Montero, M. (1987): *A través del espejo. Una aproximación teórica al estudio de la conciencia social en América Latina*. In: M. Montero (coord.) *Psicología política latinoamericana* (163-202). Caracas
- Moosbrugger, H. & D. Frank (1992): *Clusteranalytische Methoden in der Persönlichkeitsforschung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Moscovici, S. (1986): *Das Zeitalter der Massen*. Frankfurt/M.
- Müller-Goldstein, D. & H.M. Sass (1989b): *Literatur zur Medizinethik. Deutschsprachige Literatur in der Datenbank MEDLINE 1980-1989*. In: *Medizinethische Materialien. Zentrum für Medizinische Ethik, Heft 48*. Bochum
- Müller-Hill, B. (1987): *Genetics after Auschwitz*. In: *Holocaust and Genocide Studies, Vol 2, No. 1: 3-20*
- Müller-Hohagen (1994): *Casi cincuenta años después. Experiencias y reflexiones sobre el trabajo terapéutico en Alemania con los perseguidos y sus descendientes*. En: *Goethe Institut : Efectos psicosociales de la represión política. sus secuelas en Alemania, Argentina y Uruguay. Córdoba/Argentina* (49-68)
- Muratorio P., R. (1985): *Ética y derechos humanos en la práctica médica* (manuscrito). Academia Nacional de Medicina. Buenos Aires.
- Nardin, T. & Mapel, D.R. (1993): *Traditions of International Ethics*. Cambridge
- Neumann, E. et al. [FASIC] (1990): *Para romper el silencio. Una contribución (psicosocial) para el reencuentro*. Santiago de Chile
- Neumann, F.L. (1955): *Intellektuelle und politische Freiheit*. In: *Sociologica. Aufsätze Max Horkheimer zum sechzigsten Geburtstag (157-170)*. Frankfurt/M. Köln
- Neumann, F.L. (1984): *Behemoth. Struktur und Praxis des Nationalsozialismus 1933-45*. Frankfurt, M.
- Niethammer, L. [Hrsg.] (1985): *Lebenserfahrung und kollektives Gedächtnis. Die Praxis der oral history*. Frankfurt/M
- Nolte, D. (1989): *Menschenrechte und politischer Wandel in Chile*. In: *Lateinamerika. Analysen, Daten, Dokumentation. Nr. 11/12 Institut für Iberoamerikakunde*. Hamburg

- Noticias del Sindicato Médico del Uruguay Nr. 52, Agosto 1991, y Nr. 55, Febrero 1992
- Ortíz, G. et al. (1983). "La Guerra total". Quito.
- Padilla B., E. (1995): La memoria y el olvido. Detenidos Desaparecidos en Chile. Santiago
- Páez, D. & D. Asun (1992): The history of climate change in Chile 73-90. Paper
- Páez, D.; Asún, D. & González (1994): Emotional climate, mood and colective Behavior. Chile 1973-1990. In: H. Riquelme: Era in Twilight. Psychocultural Situation under state terrorism in Latin America (141-182). Bilbao, Spain
- Páez, D.; Valencia, J.F.; Pennebaker, B.; Rimé, B. & Jodelet, D. [Eds.] (1998): Memorias colectivas de procesos culturales y políticos. Bilbao
- Parin, P. (1978): Der Widerspruch im Subjekt. Ethnopsychoanalytische Studien. Frankfurt a.M.
- Parra, J. (1987): "Doctrina de Seguridad Nacional". In CODESEDH/CODEPU: Seminario Internacional. La tortura en América Latina. Buenos Aires.
- "Pau de Arara" [autor no mencionado] (1972): La violencia militar en el Brasil. Mexico
- Pavlovsky, E. (1986): El señor Galíndez y Pablo. Buenos Aires
- Pavlovsky, E. (1987): Potestad. Buenos Aires
- Pearle, K. M. (1984): Ärztemigration nach 1933 in die USA: Der Fall New York. In: Med.hist. J. 19: 112-137.
- Pelento, M.L. (1995): Incarnated Historical Truth - Symbolized Historical Truth. In: Children in War and Persecution. Proceeding of the Congress, Hamburg - September 1993 (pp 33-39) Sel. & comp. by, Adam, H.; Riedesser, P.; Riquelme, H.; Verderber, A & Walter, J., UNICEF/Stiftung. für Kinder. Osnabrück
- Perres-Klingler, G. [Hrsg.] (1995) Trauma. Vom Schrecken des Einzelnen zu den Ressourcen der Gruppe. Bern - Stuttgart - Wien
- Pfäfflin, F. et al. (1989): Die Krankenversorgung. In: Hendrik van den Busche (Hg.): Medizinische Wissenschaft im Dritten Reich.
- Piaget, J. (1972): Erkenntnistheorie der Wissenschaften vom Menschen. In: UNESCO: Hauptströmungen der sozialwissenschaftlichen Forschung. Frankfurt
- Pichler, J. (1990): Einführung in die Patientenrechtspolitik. Wien

- Pis, G.D. (1994): La bioética como fenómeno cultural. In. Quirón, Vol. 25 No. 1: 34-44
- Platon (1965): Diálogos. Mexico
- Platon (1969): Apología de Sócrates. Critón o el deber del ciudadano. Madrid
- Plessner, H. (1976): Die Frage nach der Conditio humana. Aufsätze zur philosophischen Anthropologie. Frankfurt
- Popper, K. (1983): Offene Gesellschaft - offenes Universum. Frank Kreuzer im Gespräch mit Karl R. Popper. Wien
- Probst, E. (1991): Entre la reminiscencia y el miedo. Montevideo
- Pross, Chr. (1988): Wiedergutmachung. Der Kleinkrieg gegen die Opfer. Frankfurt/M.
- Pross, Chr. & G. Aly (1989): Der Wert des Menschen. Medizin in Deutschland 1918-1945. Berlin
- Pross, Chr. (1991): Breaking through the postwar coverup of Nazi doctors in Germany. In: Journal of Medical Ethics. Vol. 17, Supplement: 13-16
- Puget, J., R. Kaes et al. (1989): Violence d'état et psychanalyse. Paris
- Puget, J. & R. Kaes (editores) (1991): Violencia de estado y psicoanálisis. Buenos Aires
- Prozeßmaterialien in der Strafsache gegen ehemalige Angehörige der japanischen Armee wegen Vorbereitung und Anwendung der Bakterienwaffe
- Qui, R.Z. (1989): Medizin - die Kunst der Menschlichkeit. Über die Ethik der traditionellen chinesischen Medizin. In: Medizinethische Materialien. Zentrum für Medizinische Ethik, Heft 24. Bochum
- Rama, G.W. (1987): La democracia en Uruguay. Buenos Aires
- Reemtsma, J.Ph. (Hg.) (1991a): Folter. Zur Analyse eines Herrschaftsmittels. Hamburg
- Reemtsma, J.Ph. (1991b): Terroratio. Überlegungen zum Zusammenhang von Terror, Rationalität und Vernichtungspolitik. In: W. Schneider [Hg.]: Vernichtungspolitik. Eine Debatte. Hamburg
- Reemtsma, J.Ph. (1991c): Die Falle des Antisemitismus. In: U. Bielefeld. Das Eigene und das Fremde. Neuer Rassismus in der Alten Welt?. Hamburg
- Reemtsma, J.Ph. (1992): Versuche, die menschliche Grausamkeit psychoanalytisch



- zu verstehen. In: J.Ph. Reemstma: u.a. Falun. Reden und Aufsätze. S. 237-64. Berlin
- Reich, W.T. [ed.](1978): *Encyclopedia of Bioethics*. New York
- Resnick, M.D. et al. (1992): *Physician Attitudes toward Confidentiality of Treatment for Adolescents: Findings from the Upper Midwest Regional Physicians Survey*. In: *J. of Adolescent Health*. 13: 616-22
- Reszczynski, K.; P. Rojas; P. Barceló: *Tortura y resistencia en Chile*. Paris/Santiago 1979/1991
- Retzlaff, I. (1991): *Wünsche an die Ethiker aus der Sicht der Ärzte in Klinik und Praxis..* In: *Ethik in der Medizin* 3: 171-7
- Richter, H.E. (1986): *Die Chance des Gewissens. Erinnerungen und Assoziationen*. Darmstadt
- Richter, H.E. (2000): *Wanderer zwischen den Fronten. Gedanken und Erinnerungen*. Köln
- Richter, R.; Dahme, B & Kohlhaas, A. (1985): *Bemühungen zu einer clusteranalytischen Taxonomie des Asthma Bronchiale*. In: *Psychotherapie, Medizin. Psychologie* 35: 320-8
- Ricoeur, P. (1987): *Freud: Una interpretación de la cultura*. Ciudad de México
- Riedesser, P. & A. Verderber (1985): *Aufrüstung der Seelen. Militärpsychologie und Militärpsychiatrie in Deutschland und Amerika*. Freiburg i.Br.
- Riquelme, H. (1985): *Der Umgang mit sozialen Minderheiten in Nicaragua*. In: *Z. Sozialpsych. Gruppendyn.* Vol. X, 4: 24-42. En castellano (1988a): *Trato social con minorías. Tres experiencias nicaragüenses*. En: *Nueva Sociedad* 97: 50-61
- Riquelme, H. (1987a): *Südamerika: Menschenrechte und psychosoziale Gesundheit*. In: *Recht & Psychiatrie* V, No 3. : 96-101. En castellano (1988b): *América del Sur: Derechos humanos y salud psicosocial*. En: *Asociación venezolana de psicología social*.
- Riquelme, H. (1987b): *Lateinamerikaner in Europa - Entwurzelungserfahrung und Prozeß der psychokulturellen Identität*. In: *Zeitschrift für Soziopsychologie und Gruppendynamik* XII 3/4: 4-26. En castellano (1987c): *Latinoamericanos en Europa - Experiencia de desarraigo y proceso de identidad psicocultural*. En: *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*. 33: 281-295
- Riquelme, H. (1989): *Gesundheit und Menschenrechte: eine selbstverständliche Dyade?* In: *Recht & Psychiatrie* VII, No 1: 35

- Riquelme, H.[editor](1990a): Era de Nieblas. Derechos humanos, terrorismo de estado y salud psicosocial en América Latina. Caracas
- Riquelme, H. [editor](1990b): Buscando América Latina. Identidad y participación psicosocial. Caracas
- Riquelme, H.[Hrsg](1992a): Zeitlandschaft im Nebel. Menschenrechte, Staatsterrorismus und psychosoziale Gesundheit in Südamerika. Frankfurt a.M. 2. Auflage
- Riquelme, H. [Hrsg](1992b): Andere Wirklichkeiten - andere Zugänge. Studien zur transkulturellen Psychiatrie und Psychologie in Lateinamerika. Frankfurt
- Riquelme, H. (1992c): Otras realidades - otras vías de acceso. Psiquiatría y psicología transcultural en América Latina. Caracs
- Riquelme, H. [editor] (1994) Era in Twilight. Psychocultural Situation under state terrorism in Latin America. Bilbao, Spain
- Riquelme, H. (1995a): Entre la obediencia y la oposición. los médicos y la ética profesional bajo la dictadura militar. Caracas
- Riquelme, H./Sindicato médico del Uruguay/Colegio médico de Chile (1995b): Médicos protagonistas. Entrevistas narrativas sobre las condiciones de vida y de ética profesional bajo la dictadura militar. Montevideo
- Riquelme. H. (1995c): "El síndrome de campo de concentración. Aspectos clínicos y psicosociales de su comprensión y tratamiento en países europeos de la postguerra (Alemania Occidental, Noruega y Polonia)." Conferencia a cincuenta años de 1945. Institutos Goethe de Buenos Aires, Montevideo y Santiago de Chile, mayo/junio 1995
- Riquelme. H. (1997): Zonas de omisión perceptiva del niño en América Latina. Temas de ética profesional desde una perspectiva psicocultural. En: Eva Giberti (1997) [comp.]: La Niñez y sus Políticas. Políticas de los adultos dirigidas a los niños y políticas de la niñez creadas por los niños y las niñas. Buenos Aires.
- Riquelme. H. (1998a): Medizinische Ethik in Krisenzeiten. Ärzte zwischen Gehorsam und Auflehnung unter der Militärdiktatur in Südamerika. Baden-Baden
- Riquelme, H. (1988b): Medizinethik und Menschenrechte in Südamerika. In: U. Tröhler & St. Reiter-Theil (u.M.v. E. Herych): Ethik und Medizin 1947-1997. Was leistet die Kodifizierung von Ethik? Göttingen (S. 461-485)
- Riquelme, H. (1998c): Medical Ethics and Human Rights in South America. In: Tröhler, U. & Reiter-Theil, St. [editors] (in coop. w. E. Herych): Ethics Code in

- Medicine. Foundations and achievements of codification since 1947. Ashgate. (pp. 332-350)
- Riquelme, H. (2000/2001): Berufsethik in Krisenzeiten. Ärzte und Psychologen unter der Militärdiktatur in Südamerika. In: Zeitschrift f. Politische Psychologie, Jg. 8, 2000, Nr. 4/ Jg. 9, 2001, Nr. 1 (S. 361-380)
  - Riquelme, H. (2001): Die Belagerung des Gedächtnisses. Leben und Arbeit von Psychologen unter den Militärdiktaturen Süamerikas. Bonn
  - Rivas, F.S. (1987): Doctors, torturers penalised by their professional body in a country where torture is practised. In: Danish medical bulletin. Vol. 34, Nr. 4: 191
  - Rivas, F.S. (1990): Traición a Hipócrates. Médicos en el aparato represivo de la dictadura. Santiago, Ediciones ChileAmérica Cesoc
  - Rojas B., R. (1990): Historia del gremialismo médico del Uruguay. Montevideo
  - Rosenberg, T. (1998): Astiz. La estirpe de Caín. Documentos "Página 12". Buenos Aires
  - Rosencof, M. (1987): La rebelión de los cañeros. Montevideo
  - Rosencof, M. & E. Fernández Huidobro (1987-88): Memorias del calabozo. Montevideo
  - Rosencof, M. (1989): Conversaciones con la alpargata. Montevideo
  - Rosencof, M. (1990): Diktatur, Demokratie, Folter. In: Rosencof, M.: Hundeleben. Literarische Einmischungen eines Tupamaros. Hamburg
  - Rosencof, M. (1997): Die Briefe, die nie angekommen sind. Salzburg/Wien
  - Rosenrauch, E. (1989): Muertos útiles. Santiago de Chile
  - Rotondo, Ma.T. et al. (1993): Jornada de Prevención de la Malpraxis médica. Montevideo
  - Rouquié, A. (1984): El estado militar en América Latina. Mexiko
  - Ruderman, M. (1991): El horror internalizado de la tortura en los psicoterapeutas en Argentina. Paper (10 pp) al VI. simposio "Cultura y situación psicosocial en América Latina. Hamburgo
  - Russell, B. (1938): Las éticas del poder. Buenos Aires
  - Ryn, Z. (1987): Der Alptraum geht weiter. Das Nachleben der Okkupationszeit in den Überlebenden und ihren Nachkommen. . Vortrag zu "Viereinhalb Jahre Auschwitz. 1940-45" bei Hamburger Institut für Sozialforschung, Oktober 1987



- Sagan, L.; A. Jonsen; A. Paredes, *Doctors in Politics: Report on a Mission to Chile*. Federation of American Scientists. Washington D.C., 1974.
- Saito, T. (1991): Present status of ethics committees of the medical schools in Japan. In: *The Tokushima Journal of Experimental Medicine*. Vol. 38, No 3-4: 103-111
- Samojedny, C. (1986): *Psicología y dialéctica del represor y el reprimido. Experiencias en la unidad carcelaria 6 Rawson*. Buenos Aires
- Sass, H.M. & E. Püschel (1988): *Der hippokratische Eid in der Medizin und andere Dokumente medizinischer Ethik*. In: *Medizinethische Materialien*. Zentrum für Medizinische Ethik, Heft 15. Bochum
- Sass, H.M. (1989): *Zur ethischen Bewertung von Expertensystemen in der Medizin*. In: *Medizinethische Materialien*. Zentrum für Medizinische Ethik, Heft 44. Bochum
- Sass, H.M. (1990): *Differenzialethik und Psychiatrie*. In: *Medizinethische Materialien*. Zentrum für Medizinische Ethik, Heft 8. Bochum
- Sass, H.M. (1992): *Informierte Zustimmung als Vorstufe zur Autonomie des Patienten*. In: *Medizinethische Materialien*. Zentrum für Medizinische Ethik, Heft 78. Bochum
- Schatzmann, L. & A. Strauss (1975): *Soziale Schicht und Kommunikationsweisen*. In: H. Holzer & K. Steinbacher (Hrsg.): *Sprache und Gesellschaft*. Hamburg
- Schlaudraff, U. (1990): *Tagungsbericht: Ethik im Schatten des Holocaust*. In: *Ethik in der Medizin* 2:47-8
- Schmiedebach, H.P. (1987): *Medizin im Nationalsozialismus und unsere heutige Verantwortung*. In: W. Popp [Hg.]: *Aus dem Bedrohung zum Handeln*. Berlin
- Schneider, W. [Hg.] (1991): *Vernichtungspolitik. Eine Debatte über den Zusammenhang von Sozialpolitik und Genozid im nationalsozialistischen Deutschland*. Hamburger Institut für Sozialforschung. Hamburg
- Schröder, Chr. (1989): *Programm und Wirklichkeit der Neuen deutschen Seelenheilkunde*. In: A. Thom, G.I. Cargodovcek op.cit.
- Schuster C., A. (1990): *Salud: Mensajes y Reflexiones*. Santiago
- Schwarcz, A.J. (1991): *Y a pesar de todo... Los judíos de habla alemana en la Argentina*. Buenos Aires
- Seelmann, G. (1991): *The position of the Chilean Medical Association with respect*

- to torture as an instrument of political repression. In: *Journal of Medical Ethics*. Vol. 17, Supplement: 33-4
- Seidler, E. (1978): Primärerfahrung von Not und Hilfe. In: H. Schipperges, E. Seidler & P. Unschuld (Hrsg.): *Krankheit, Heilkunst, Heilung*. Freiburg/München
- Seidler, E. (1984): Die Freiburger Gobineau-Vereinigung und die Verbreitung des Arier-Gedanken in Deutschland. In: E. Seidler & H. Schott [Hg.] *Bausteine zur Medizingeschichte* (121-9). Stuttgart
- Seidler, E. (1986): Alfred Erich Hoche (1865-1943) Versuch einer Standortbestimmung. In: *Freiburger Universitätsblätter*. Heft 94: 65-75
- Seidler, E. (1994): Die medizinethische Diskussion in Deutschland: Ansätze und Prinzipien in Ethik und Recht. (Paper)
- Seidler, E. & H.M. Sass (1990): Das Problem ethischer Entscheidungen in der Medizin. Herbert Viefhues zum 70. Geburtstag. In: *Medizinethische Materialien*. Zentrum für Medizinische Ethik, Heft 50. Bochum
- Seminario Internacional (1992): "Abuelas de Plaza de Mayo: Filiación - Identidad - Restitución. 15 años de lucha". Buenos Aires
- Semprun, J. (1980): Was für ein schöner Sonntag. Frankfurt/M.
- Semprún, J. (1981): El largo viaje. Barcelona
- Sepúlveda, R. (Hg.) (1991): La salud en Chile hoy. orígenes y perspectiva del problema. Cuadernos de Trabajo Médico N° 2. Santiago de Chile.
- Shapiro, M.F. et al. (1992): Residents' Experiences in, and Attitudes toward, the Care of Persons with AIDS in Canada, France, and the United States. In: *JAMA* Vol. 268, No. 4: 510-515
- Shirer, W.L. (1960): *The Rise and Fall of the Third Reich*. New York - (zu Deutsch 1990) *Aufstieg und Fall des Dritten Reiches*. Köln
- Silverman, D. (1993): Psychosocial Impact of HIV-Related Caregiving on Health Providers: A Review and Recommendation for the Role of Psychiatry. In: *American Journal of Psychiatry* 150, 5: 1-8
- Sindicato Médico del Uruguay (1992): *La ética médica. Normas, códigos y declaraciones internacionales*. Montevideo
- Sirkin, J. Iacopino, V. Grodin, M. Danieli, Y. (1998): The Role of Health Professionals in Protecting and Promoting Human Rights. A Paradigm for

- Professional Responsibility. In: Danielili, Y. & Dias, C. Stamatopoulou, E. [eds]: The Universal Declaration of Human Rights: The Victims Perspective fifty years later.
- Social Sciences and Medicine. Xth International Conference (1987): Statement on Violence (Spain, October 1987). In: Soc.Sci. Med. 26, No 8
- Soldan-Heppe (1911): Geschichte der Hewxenprozesse. (Neu bearbeitet und herausgegeben von M. Bauer. München
- Sollers, Ph. (1978): La escritura y la experiencia de los límites. Valencia/Spain
- Spaemann, R. (1991): Die Herausforderung der ärztlichen Berufsethik durch die medizinische Wissenschaft. In: Medizinische Klinik 86, Nr. 11: 595-600
- Stover, E. & E. Nightingale (AAAS) (1985): The Breaking of Bodies and Minds: Torture, psychiatric abuse and the health Professions.A.A.A.S.]. New York
- Stover, E. (1987): The Open Secret: Torture and the medical profession in Chile.A.A.A.S.]. Washington
- Stoffels, H. [Hrsg](1991): Schicksale der Verfolgten. Psychische und somatische Auswirkungen von Terrorherrschaft. Heidelberg
- Straker, G. (1003): Gesicheter in der Revolution. Die psychischen Asuwirkungen von Gewalt auf Jugendliche in südafrikanischen Townships. Stiftung für Kinder/ FDI (Hg.). Osnabrück
- Strong, C. et al. (1992): Teachers' Perception of difficulties in Teaching Ethics in Residencies. In: Academic Medicine Vol. 67. no. 6: 398-402
- Sulmasy, D. et al. (1990): Medical House Officers' Knowledge, Attitudes, and Confidence regarding medical Ethics. In: Archives of Internal Medicine. Vol. 150: 2509-13
- Thom, A. & G.I. Caregodorodcev (1989): Medizin unter dem Hakenkreuz. Berlin
- Thom, A. (1989a): Die rassenhygienischen Ideen der faschistischen Gesundheitspolitik - Die Zwangssterilisierung als Beginn ihrer antihumanen Verwirklichung. In: A. Thom, G.I. Cargodovcek
- Thom, A. (1989b): Die Entwicklung der Psychiatrie und die Schicksale psychisch Kranker sowie geistig Behinderter unter den Bedingungen der faschistischen Diktatur. In: A. Thom, G.I. Cargodovcek op.cit.
- Thomsen, O.O. et al. (1993): What do gastroenterologist in Europa tell cancer patients? In: Lancet. february 20: 473-476



- Timerman, J. (1987): El galope muerto. Santiago de Chile
- Timerman, J. (1989): Un desaparecido vuelve a casa. In: Nueva Sociedad, Caracas, Nr. 100
- Timerman, J. Interview In: Doctors and Torture. BBC Television, 12. September 1990.
- Tomic, R. (1988): Testimonios. Santiago, Ediciones ChileAmérica Cesoc
- Tribunal ético de la salud contra la impunidad (Informe)/Health ethics tribunal against impunity (Report) Buenos Aires, 3-12-87
- Tugendhat, E. (1984): Probleme der Ethik. Stuttgart
- Ulloa, F. (1985): La ética del analista frente a lo siniestro. In: Territorios, salud mental y derechos humanos. N°1: 6-9. Buenos Aires
- Ulloa, F. (1986): Efectos psicológicos de la represión. In: Territorios, Nr. 2, S. 8-10, Buenos Aires.
- Ulriksen de V. M. (1995): Children affected by organized violence in South America.. In: Children in War and Persecution. Proceeding of the Congress. Hamburg - September 1993 (pp. 134-43). Sel. & comp. by, Adam, H.; Riedesser, P.; Riquelme, H.; Verderber, A & Walter, J., UNICEF/Stiftung. für Kinder. Osnabrück
- Universidad de Chile. Fac. Med.. (1980): Textos de ética médica. Santiago Norte
- UNO (9.XII.1975): "Erklärung über den Schutz aller Personen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche und erniedrigende Behandlungen und Strafen". Genf
- Vasconi, T. (1971): Modernización y crisis en la Universidad Latinamericana. Cuadernos de Estudios Socio-Económicos (CESO), N° 14. Santiago de Chile
- Ventura, J. de la R. (1980): El "juego" de los derechos humanos. In: Revista Armas y Servicios del Ejército. N° 19. Santiago.
- Verbitski, H. (1995): El vuelo. Buenos Aires
- Verdugo, P. (1990): Tiempo de días claros. Los desaparecidos. Santiago, Ediciones ChileAmérica Cesoc
- Vergara, J. (1990): La cultura de la violencia en Chile. In: Nueva Sociedad N° 105
- Vergara, J. (1991): Crítica latinoamericana al neoliberalismo. In: E. Lander (editor): Modernidad y universalismo. Caracas.

- Vesti, P. & N.J. Lavik (1991): Torture and the medical profession: a review. In: *Journal of Medical Ethics*. Vol. 17, Supplement: 4-8
- Viefhues, H. (1988): Medizinische Ethik in einer offenen Gesellschaft. In: H.-M. Sass & H. Viefhues: *Ethik in der ärztlichen Praxis und Forschung*. Bochumer Materialien zur Medizinischen Ethik. Bochum
- Viefhues, H. (1990): Vom Himmel durch die Welt zur Erde. Zur Geschichte der Lebensqualität. In: *Medizinethische Materialien*. Zentrum für Medizinische Ethik, Heft 12. Bochum
- Viefhues, H. (1991): Das Motiv der "Euthanasie" in der fiktionalen Literatur. In: *Medizinethische Materialien*. Zentrum für Medizinische Ethik, Heft 68. Bochum
- Vigarello, G. (1995): *Lo sano y lo malsano, desde la Edad Media hasta nuestros días*. Montevideo
- Villegas C., J. (1985): Reflexiones del fiscal. Sumario a médico implicado en la tortura. In: *Vida médica*, Santiago, März 1985
- Viñar, M. (1977): Pedro ou la démolition, un regard psychanalytique sur la torture. In: *L'Evolution psychiatrique*, XLIII, 3: 479-96. Paris
- Viñar, M. (1986): La transmisión de un patrimonio mortífero: premisas éticas para la rehabilitación de los afectados. In: *Territorios, salud mental y derechos humanos*. N°2: 11-13. Buenos Aires
- Viñar, M. & Ulriksen de V, M. (1989): *Troubles psychologiques et psychiatriques induits par la torture* In: *Encyclopedie Médico-Chirurgicale*. Paris.
- Viñar, M. (1994): Memoria y olvido. Un legado mortífero; qué hacer con él hoy. En: *Goethe Institut : Efectos psicosociales de la represión política. sus secuelas en Alemania, Argentina y Uruguay*. Córdoba/Argentina (99-106)
- Wagner, W.: (1990): Placebo. Ethische Prinzipien der kontrollierten Doppelblindprüfung. In: *Ethik in der Medizin* 2: 68-78
- Watson, P. (1978): *War on the Mind. The Military Uses and Abuses of Psychology*. New York;
- Watson, P. (1982): *Guerra, Persona y Destrucción. Usos militares de la psiquiatría y la psicología*. México
- Weber, M. (1968): *Gesinnungsethik und Verantwortungsethik*. In Max Weber: *Soziologie, Weltgeschichtliche Analysen. Politik*
- Weinstein, L. (1975): *Salud mental y proceso de cambio*. Buenos Aires

- v. Weizsäcker, V. (1948): "Euthanasie" und Menschenversuche. In: *Psyche*. Band I: 68-102
- Weiss, P. (1969): *Die Ermittlung. Oratorium in Gesängen*. Reinbek
- Weitzel, R. (1991): *Tumbas de cristal. Libro testimonio de la Vicaría de la solidaridad del Arzobispado de Satiago. Santiago de Chile, Ediciones ChileAmérica Cesoc*
- Wellmer, H.-K. (1990): *Tagungsbericht: Organtransplantation - Organersatz. Ethische Herausforderungen eines neuen Feldes in der Medizin*. In: *Ethik in der Medizin* 2: 97-100
- Werzt, D.C. & Fletcher, J.C. (1988): *Attitudes of Genetic Counselors: A Multinational Survey*. In: *American Journal of Human Genetics* 42: 592-600
- Weschler, L. (1991): *A miracle, a universe. Settling accounts with torturers*. New York
- v. Westernhagen, D. (1987): *Die Kinder der Täter*. München
- Wiesel, E. (1997): *Alle Flüsse fließen ins Meer. Autobiographie*. Hamburg
- Wiesemann, Cl. (1993): *Eine Ethik des Nichtwissens. Können ethische Konflikte des Medizinstudenten für die medizinische Ethik Modellcharakter haben*. In: *Ethik in der Medizin* 5:3-12
- Wiesenthal, S. (1982): *Die Sonnenblume*. Gerlingen
- Wolff, G. (1989): *Die ethischen Konflikte durch die humangenetische Diagnostik*. In: *Ethik in der Medizin* 1: 184-194
- Wittgenstein, L. (1990): *Tractatus logico-philosophicus. Philosophische Untersuchungen*. Leipzig
- Wittgenstein, L. (1981): *Observaciones*. Mexico
- Wulff, E. (1978): *Politische Indienstnahme der Psychiatrie in West und Ost (I)*. In: *Argument* Nr. 110: 503-517. Berlin
- Wulff, E. (1979): *Grundfragen transkultureller Psychiatrie*. In: E. Wulff: *Transkulturelle Psychiatrie. Argument Studienhefte*. SH 23: 1-34. Berlin
- Ysern de Arce, J.L./Obispo de Ancud (1990): *Verdad y Justicia. El desafio del reencuentro*. Santiago de Chile
- Zeiler, J. (1991): *Programm des Kommandanten von Auschwitz*. In: *Psyche*, 45: 335-362



El rol de los médicos durante las dictaduras militares –con siete, dieciséis y doce años de duración, en Argentina, Chile y Uruguay– parece haber sido eludido como tema científico hasta ahora. La participación directa de médicos tanto en delitos de lesa humanidad como en actividades en contra del régimen totalitario respectivo aparece como algo circunstancial e incluso futil en la perspectiva regular de observación y comprensión. Sin embargo los médicos vivieron una prolongada "situación límite" y la ética médica experimentó un constante cuestionamiento durante el estado de excepción en estos países. Un apropiado contraste histórico y existencial es el desarrollo de la medicina bajo el dominio nazi en Alemania, en sus vertientes de obsecuencia y de oposición.

Esta investigación pretende acceder a la dimensión ética de la medicina y al ámbito personal de los médicos que vivieron y trabajaron entonces –esto es tanto en su situación individual cuanto en su función de testigos de una época histórica–, para ello enfrenta el desafío de inmersión en el pasado reciente de los tres países de América del Sur a través del estudio y análisis de fuentes documentales y de entrevistas a médicos testimoniales de ese pasado.

Leitmotiv de este libro es fundamentar el conocimiento y la promoción de la ética profesional, esto significa: divulgar conocimientos sistemáticos sobre trasgresiones a los derechos humanos y sobre actos de oposición a la dictadura, realizados por médicos e incentivar una discusión sistemática, siempre necesaria, sobre ética médica en tiempos de crisis.



**EDICIONES  
CHILEAMERICA  
CESOC**