

2

LA MEDICINA BAJO EL NAZISMO: UNA APROXIMACIÓN HISTÓRICO-CULTURAL *Tercera parte*

Horacio Riquelme U.*

RESUMEN

El artículo desarrolla un estudio pormenorizado de tres aspectos centrales de la praxis e investigación médica durante el “III Reich”:

- 1) “Ciencia de la raza” y eutanasia
- 2) Experimentos terminales con seres humanos
- 3) Oposición médica frente a delitos de lesa humanidad

Se complementa la visión de las consecuencias existenciales para los afectados a través de una tal “medicina sin humanidad”, abordando como excursos:

* *Médico y Filósofo en Chile y Alemania (Dr. med./Univ. Hamburg; Dr. phil./Univ. Bremen). Profesor Asociado de Psiquiatría Social en la Universidad de Hamburgo y Profesor en Terapia Social en la Universidad Técnica de Berlín.*

Separatas: Prof. Dr. Horacio Riquelme U., Werderstr. 34. 20144 Hamburg. Alemania Federal

- a) El Juicio de Médicos en Nuremberg
- b) Problemas éticos de los médicos prisioneros en campos de concentración
- c) Experiencias de prisioneros en campos de concentración y el denominado Síndrome de KZ

Se destaca la importancia de un conocimiento sólido de esta región, a menudo obviada en la historia de la medicina, para enfrentar con sólidas referencias los desafíos de la ética profesional en la actualidad.

Palabras clave: Historia y ética médica; Derechos humanos y praxis e investigación médica; Medicina bajo el nazismo

ABSTRACT

Medical Practices under Nazism: A Historical-Cultural Approach

Abstract: The article develops an itemized study of three main aspects in the medical practice and research during the “Third Reich”:

- 1) “Race Science” and Euthanasia
- 2) Terminal experiments with human beings
- 3) Medical opposition to crimes against humanity

This historical-cultural approach will be complemented with the consideration of a “medicine without humanity” in following existential consequences:

- a) The Nuremberg Doctor’s Trial
- b) Ethical problems of prisoners-doctors in concentration camps
- c) Experiences of prisoners in concentration camps and the so-called KZ-Syndrome

This article emphasizes the relevance of a detailed know about this, often forgotten, landscape in the history of medicine because it is necessary to stand up to the serious challenges in medical ethics at the present time

Key words: Medical history and ethics; Human rights and medical practice and research, Medicine under nazism

EXCURSO

La experiencia de prisioneros en campos de concentración alemanes y el denominado "síndrome de campo de concentración"^{*}

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 inéditas¹.

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 nacionalsocialista².

Con base en 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 del 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

* 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)».

¹ Z. Bauman manifiesta acerca del espíritu rector de la maquinaria de exteminio: „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).

² 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.

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 nazi³. 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 naturales⁴.

³ 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. (1955): *Intellektuelle und politische Freiheit*.

⁴ Un ejemplo directo, de reciente conocimiento público, ocurrió en el KZL Bergen Belsen, fundado en abril de 1943. A poco de su instauración se internaron allí a 2.400 judíos, en su mayoría de origen sudamericano o de EEUU, algunos de 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

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 humana⁵.

La figura del “muselmann”⁶, 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:

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).

⁵ 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.

⁶ “Un verdadero Muselmann no se preocupaba ni por su limpieza personal ni 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.” Testimoniode M.E. Jezierka Citado en Ryn, Z. & Klodzinski, S.(1995): *An der Grenze zwischen Leben und Tod. eine Studie über die Erscheinung des ‘Musemanns’ im Konzentrationslager*, pp.. 113-114.

«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»⁷.

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...

⁷ Opus cit., p. 93.

⁸ *Ibidem*, p. 93.

⁹ 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 los 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

“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”⁸.

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 elusivo⁹.

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.

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, done 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 inasible que el destinatario necesita.” (p. 6)

“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 impedir 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.”¹⁰

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. Sobre 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, (él) fue golpeado por los SS. Pero ahora tiene una blusa blanca, duerme en un cuarto calientico, 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 nuestros ojos, con el calor, el bienestar, la comida. Despreciar –luego odiar, cuando reivindicar– 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

¹⁰ Op. cit. pp. 39-40.

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 aterrizado 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 y 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 aterrizado-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)...”¹¹.

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 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 reinserción 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 rabillo de los ojos. Al pasar por la cocina vió 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.’ ‘¿Por qué 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

¹¹ Op. cit. pp. 141-142.

concentración él lo seguía aceptando silenciosamente. No vió que nosotros llorábamos, él no se había percatado que nosotros apenas si lo mirábamos, que no le podíamos responder...”¹².

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.”¹³.

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 vió 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 él sabía que yo a toda hora en cada día pensaba: Él no ha muerto en el campo de concentración.”¹⁴.

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 existencial del 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 retirada¹⁵.

ad 2. El síndrome de campo de concentración (KZ-Syndrom)

La sociedad en los países europeos de postguerra se vio enfrentada a una forma

¹² M. Duras (1986): *Der Schmerz*, pp 66-67.

¹³ *Ibidem*, p 73

¹⁴ *Op. cit.* pp. 81-82.

¹⁵ 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 deconociendo –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): *Efectos psicosociales de la represión política. Sus secuelas en Alemania. Argentina y Uruguay. Córdoba/Argentina*, p. 63

de daño psíquico y social de nuevo cuño: El síndrome de campo de concentración. La experiencia límite de desamparo, privación física y despersonalización 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 países¹⁶ 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 las 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 comunicado/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 podía 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 ‘angel’, 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...”¹⁷.

¹⁶ La experiencia del campo de concentración constituyó según la acepción de B. Bettelheim, psicólogo sobreviviente de un campo de concentración alemán 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. Véase: B. Bettelheim: Individual and Mass Behaviour in Extreme Situation. In: Journal of Abnormal and Social Psychology. Nr. 38: 417-52

¹⁷ Véase A. Kepinski. (1970/1987): Das sogenannte KZ-Syndrom. Versuch einer Synthese. En: Die Auschwitz-Hefte. Band II, pp. 9 y 11

Y, en base al concepto de cambio de personalidad, puntualiza las características específicas del síndrome:

“Los cambios de personalidad observados en los 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.’”¹⁸

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.¹⁹

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.,”²⁰

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 era posible, a fin de consignar cambios patológicos en el organismo, cualquiera fuese el lugar y el modo de su desarrollo... Dígame 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

¹⁸ 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

¹⁹ Parece propio de este nuevo contexto el que haya habido impedimentos cognoscitivos 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, considerado el padre de la psiquiatría social, manifestada en su obra „Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, für Ärzte und Studierende dargestellt,, (1845

²⁰ Véase L. Eitinger (1989): KZ-Haft und psychische Traumatisierung, p. 120.

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 aplicarse a los síntomas: por lo común debíamos preguntar por ellos. Esto ocurría en especial en relación a estados angustiosos, trastornos de sueño, pesadillas, que eran considerados por la mayoría de los sobrevivientes como una parte regular de sus vidas”²¹.

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 etareas 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):

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 los efectos del campo de concentración en la salud de los afectados. (ver Tabla 1)

Y en el segundo estudio se pudo acceder a las condiciones de salud y calidad de vida en ambas poblaciones en términos comparativos. (Ver Tabla 2)

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 la 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

²¹ Op. cit. p. 121

Tabla 1²². Consecuencias concomitantes a la estadía en campo de concentración (N: 227, 214 ♂ ; 13 ♀, periodo intermedio: 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 en 50%	
Posterior	Morbilidad subjetiva: Salud perjudicada en 224 personas (sólo 3 negativo) objetiva: "locus minoris resistendiae" generalizado
Correlación estadística entre patogenicidad y: condiciones previas = no significativa tortura, TEC, pérdida de peso = significativa	

Tabla 2²³. Investigación longitudinal de morbilidad (20 años) en Noruega
Estudio comparativo entre una población de exprisioneros de KZ y una población regular
(N: 500 y 500)

	Periodos de enfermedad			Estadía en hospitales	
	>10	16	0	> 6 días	> 90días
Exprisioneros	> 84%	8%	10%	8%	20%
Población regular	< 95%	1%	20%	1%	3%

estricto" lo que de facto no era posible aplicar a los sobrevivientes de KZ, so pena de patologizar su experiencia y estigmatizar su existencia en la sociedad de la postguerra²⁴.

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,

²² Con base en las informaciones de Eitinger (1989).

²³ *Ibidem*.

²⁴ Véase v. Baeyer, Häfner, Kisker (1964): *Psychiatrie der Verfolgten*, p. 372.

conciente o inconscientemente, negaba tales interrelaciones²⁵.

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 despersonalización; 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...”,²⁶.

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 influenciadas, 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”²⁷

Los autores –en la situación alemana de la 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”²⁸.

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 extrema²⁹.

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 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

²⁵ Ver Pross, Chr. (1988): Wiedergutmachung. Der Krieg gegen die Opfer.

²⁶ V. v. Bayer op.cit. p. 369.

²⁷ Comp. Introducción a „Psychiatrie der Verfolgten“, p. III

²⁸ Ibídem, p. 370.

²⁹ Ver pp. 261-262.

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 una 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:

- a. los sobrevivientes del campo de concentración tienen 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 los 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 debemos mantener presente que algunos de ellos han sabido crear condiciones de vida digna tras el fuerte trauma de la muerte previsible en el KZ³⁰.

ad 3. El trato psicosocial de sobrevivientes de KZ tras 1945 en Alemania, Noruega y Polonia.

Con base en las fuentes de la 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. (Ver Tabla 3)

En la Tabla 3 Podemos apreciar los aspectos más relevantes en el abordaje a la temática en cada país en particular. Es importante apreciar la interrelación entre el eventual reconocimiento jurídico y sus consecuencias en la autopercepción de los afectados.

³⁰ Müller-Hohagen (1994) reflexiona sobre su labor como terapeuta frente a los 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 las víctimas y a sus descendientes con nuestra terapia ‘bien intencionada’ y en el caso de 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.

Tabla 3³¹. Comparación sistemática del trato a las personas afectadas por “Síndrome de campo de concentración” en las naciones de la postguerra: Alemania Federal, Noruega y Polonia (Riquelme, 1995)

	Tema central de investigac. (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 nacional socialista 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 el 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: Eitinger, Ström 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: Sobre morbilidad & sobre mortalidad.	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: Glinska, Kepinski, Ryn i.a. Publicación 1961-1985	Sí, en términos médico-psiquiátricos	Física: Estado de astenia progresiva. Psíquica: disturbios duraderos de la personalidad. Acumulativo: Sobre morbilidad y sobre mortalidad (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

³¹ Esta tabla fue realizada como condensación de informaciones y síntesis temática para la conferencia de los Institutos Goethe arriba mencionada.

Discusión general

Se ha realizado hasta ahora una aproximación temática y existencial a la experiencia del campo de concentración. En términos de documentación personal y desde el ángulo de testimonios y de análisis fenomenológico, esta gestión explorativa demuestra que hay numerosa 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 la postguerra estudiadas. Aquí también es valioso analizar aquellos obstáculos epistemológicos que surgen desde las costumbres del 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 con 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 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 nazismo³².

³² 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 „puntos ciegos“ para el tema específico y de un área de vacío

conceptual y de análisis por parte de 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: Giberti,

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 con 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 habían 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 significación³³.

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

E. : La niñez y sus políticas. Buenos Aires: Ed. Lozada(251-263). Y (1995): Latin America: Human Rights and Zone of Omission in the Perception of the Child. In: P. Riedesser, H.

Adam, A. Verderber, J. Walter & H. Riquelme [editors] «Children in War and Persecution». (130-133)

³³ Ver: F. Büchner, 1961, p. 151.

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 los 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 dió curso a la acción a través de médicos partidarios de la eutanasia, de manera 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 con 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’ “³⁴.

Esta constelación de factores aclara en principio el porqué 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 ‘granos de 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 NDÄ logró congrega a muchos médicos en los seis primeros años de su existencia: de los 50 miembros fundadores en 1929 ascendió a 15.500 en enero de 1935.³⁵ 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 políticas³⁶.

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, pues por lo común no son reconocidas como tales³⁷.

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 conclusiones³⁸.

Para caracterizar las diferentes formas de oposición activa y pasiva al régimen nazi entre los médicos, esta autora diferencia

³⁴ Ver: Mitscherlich y Mielke, op.cit., pp.229-230.

³⁵ Cfr. G. Baader (1984): Die Medizin im Nationalsozialismus: Ihre Wurzeln und die erste Periode ihrer Realisierung 1933-1939. En: Nicht mißhandeln. Berlín.

³⁶ Cfr. K.M. Pearle (1984): Ärztemigration nach 1933 in die USA: Der Fall New York / en: Med.hist.J. 19, pp.112-137.

³⁷ 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 estarían 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.

³⁸ 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

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 medicina, 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,

servicio del estado fascista, por razones humanitarias, se manifestaron en contra de acciones planeadas por autoridades del 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

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...”³⁹.

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

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.

³⁹ 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.

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 pié 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'⁴⁰.

Además, la autora muestra a otros 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»⁴¹.

La autora dedica un amplio espacio a determinados grupos, en los cuales la oposición se desarrolló con base en una clara definición de tareas:

⁴⁰ *Ibíd.*, p.438.

⁴¹ *Ibíd.*, p.438.

«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 del 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 obstrutores 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 del servicio, clasificando las enfermedades como adquiridas, con lo cual le evitaron a muchas personas esa intervención inhumana»⁴².

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:

⁴² *Ibíd.*, pp.339-340.

«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 Chistof 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...»⁴³.

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 devastar sin sentido'”⁴⁴.

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:

⁴³ Ibídem, pp.441-442.

⁴⁴ Ibídem, p.445.

‘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’⁴⁵.

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 doblegó 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’⁴⁶.

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 considerar 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, 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 de subyugación, dirigida tanto a los pueblos sometidos por las armas como hacia la propia población alemana .

⁴⁵ Mitscherlich y Mielke, op.cit., pp.204-205.

⁴⁶ Ibídem.

Desde el seno de la ciencia médica, 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 al fin del tiempo”. 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”, para la exterminación de pacientes y que además tomó cuerpo concreto en campos de concentración, donde tenían lugar “experimentos terminales”, sustentados en principios de una pseudo libertad académica y teniendo como meta un pretendido progreso del conocimiento científico.

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»⁴⁷; 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

⁴⁷ Cfr. con lo registrado en el diario de Kremer el 2-IX-1942; cit. en: Chr. Pross, G. Aly, op.cit., p.298.

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 faústica en los médicos participantes y abrieron camino a una energía criminal propia. Sin embargo, es preciso considerar lo ocurrido en su dimensión propia, no como eventuales “accidentes de la historia” sino como acontecimientos específicos, con lógica propia y de emulación posible, también en otras áreas de la praxis y la pesquisa médica.

Para este estudio sobre la medicina bajo la dominación nazi era fundamental guiarnos por la cuestión “¿Qué hubo y cómo sucedió?”; es suficiente entonces constatar 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.

En la actualidad y enfrentando múltiples ejemplos de praxis médica cómplice en delitos de lesa humanidad por participación directa o encubrimiento, surgen voces críticas apuntando a la creación de una instancia de control y juicio ético permanente⁴⁸, así como elaborando las categorías de análisis pertinentes⁴⁹.

⁴⁸ Véase: M.A. Grodin et al. (1993): *Medicine and Human Rights. A Proposal for International Action*. En: *Hasting Center Report* 23, No. 4: 8-12

⁴⁹ Ver H. Riquelme (1997): *Medical Ethics and Human Rights in South America*. En: U. Tröhler & St. Reiter-Theil: *Ethic Codes in Medicine*, op. cit. (332-352)

Tomar la perspectiva de las víctimas, como exige Dan Diner⁵⁰, 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”, han 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 médicas. 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 considerar como posible tal ruptura de límites éticos –sin tapujos moralizantes ni falsos pudores– puede ayudar a que la tendencia a emular tales desacatos no gane terreno con base en una pura y simple ignorancia. ■

⁵⁰ 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.