Ética profesional en tiempos de crisis. Médicos y psicólogos en las dictaduras de América del Sur

Horacio Riquelme U.*

Introducción

La gestión de médicos y psicólogos bajo el "estado de excepción" en Argentina, Chile y Uruguay muestra interesantes similitudes. Las condiciones de miedo provocado por la guerra psicológica contra la propia población en los tres países situaron a menudo la praxis profesional en áreas de conflicto entre derechos humanos y ética profesional, en un contexto de amenazas institucionales y administrativas y de exigencias del aparato represivo estatal. Algunos miembros de estas profesiones pusieron sus conocimientos a disposición del sistema coercitivo, otros buscaron vías de oposición o de hacer público el maltrato a los derechos humanos (Riquelme 2002 y 2003). Basado en investigaciones de campo y documentales, este artículo mostrará en situaciones ejemplares cómo la ética profesional fue dañada sistemáticamente, mas también qué acciones fueron emprendidas en su defensa y restitución.

El control militar del gobierno estatal duró en Argentina entre 1976 y 1983; en Chile desde 1973 a 1989, y en Uruguay entre 1973 y 1985. Durante ese período, puede observarse una estrategia de subyugación por el miedo, homogénea para los tres países, basada en cuatro líneas de acción confluentes entre sí: a) la "desaparición" de opositores al régimen; b) la tortura sistemática; c) la sincronización de los medios de comunicación masiva y d) el exilio o desplazamiento forzado de grupos sociales o políticos (Riquelme 2002: 28-43).

La experiencia social reciente en América del Sur muestra que la dominación autoritaria logró penetrar substancialmente en la actividad profesional de psicólogos y médicos y que, bajo tal influencia, los axiomas éticos llegaron a ser objeto de omisiones y ultrajes regulares, como si tales postulados fueran sólo expresión de buenos propósitos y no de por sí principios rectores de la actividad profesional: máximas éticas conocidas y practicadas entre los profesionales de la salud en cada uno de los tres países, sancionadas además en múltiples convenciones y códigos internacionales (AMM: 1948, 1968 y 1983 y Declaración de Tokio AMM: 1975).

La participación directa de médicos y psicólogos, tanto en actividades represivas del terrorismo de Estado como en formas de oposición, dio curso a circunstancias inéditas en la región. Como ocurre a menudo con sucesos que transcienden la experiencia cotidiana, el conocimiento que existe sobre esta área de actividad profesional es hasta ahora anecdótico y fragmentario y parece constituir el dudoso privilegio de testigos eventuales y de unos pocos estudiosos[1]. En este contexto debe destacarse que el personal sanitario fue objeto de dedicación especial de los aparatos represivos en cada país: "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, y 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" (Actas del Tribunal Ético de la Salud contra la Impunidad, 1987: 22-3).

Praxis alienada

La disposición a colaborar con la dictadura existía en forma explícita en algunos psícólogos y médicos. Sobre la progresiva especialización profesional en esta área de apoyo al sistema represivo se expresan tres neuropsiquiatras chilenas: "La incorporación de médicos, psicólogos y cientistas 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)” (Reszczynski et al., 1979/1991: 273-277).

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. Líber Mandressi fue invitado por Britos a colaborar con él y tuvo oportunidad de examinar el fichero y las ‘‘gráficas estadística’’ 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 (Bloche 1987: 8).[2]

La subordinación de la praxis médica y psicológica 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”. (Bloche 1987: 5)

Hubo una sistematización del absurdo en el trato a los reclusos: “Me despertaron en medio de la noche en el calabozo con la pregunta: “¿A qué hora se apagó la luz? Conteste, tengo que anotarlo en el parte diario”. Imposible responder porque yo, presa, dormía y además nunca me permitieron tener reloj” (Espínola, 2003: 87). Se alcanzó un alto grado 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” (Bloche, 1987: 7).

La presencia de profesionales de la salud en el personal destacado de los sistemas represivos no solo aumentó su virtual “capacidad técnica”, sino que además le confirió a la represión en sí un aura de legitimación especial: “si incluso personas responsables como los médicos y psicólogos colaboran en la labor antisubversiva...”, que el sistema militar en cada país supo bien utilizar.

Tortura y praxis profesional

Una definición conceptual da constancia de la existencia de un fenómeno. El Colegio Médico de Chile (CMC), además de reconocer su presencia, caracteriza la tortura dentro del ámbito de actividades 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” (Stover 1987: 69).

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– 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 sicológico también puede estar permitido, como impedir el sueño o algo por el estilo...” (Rivas 1990:128).

Sobre tortura bajo tuición médica tenemos la siguiente declaración de C. Chelala, psicoanalista de Uruguay: “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” (Weschler 1991: 259).

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 profesional son contrarias entre sí y se excluyen mutuamente” sea de conocimiento general y se refleje en la actividad médica y psicológica cotidiana. Sin embargo, los ejemplos aquí citados demuestran que no basta con tal declaración de buenas intenciones para crear una conciencia temática entre los profesionales 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.

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 este uso espúreo. En 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 el Coronel médico Abatino di Benedetto, quien declaró en comisión a todo el personal y los licenció con prohibición de concurrir al establecimiento... 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 nochecita me sacaron en una camioneta y después de dar varias vueltas me dijeron que estaba en Campo de Mayo. Si embargo me dí 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...” (CONADEP, 1984: 177).

En las fotos que acompañan al informe “Nunca más” de CONADEP se ve una pieza probablemente utilizada para las torturas, en cuyas paredes diversos cuadros aminoran la blanca asepcia 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 que los agentes torturadores habían hecho suyo ese espacio con privacidad cultural propia.

La subordinación de entidades hospitalarias a labores destructivas parece ser un punto ciego en la percepción de la historia en los tres países. Es preciso tomar conocimiento de estos hechos como un ejemplo fundamental de la capacidad de perversión institucional manifestada por la violencia organizada como forma de gobierno.

Utilización 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. El psicólogo argentino G. Samojedny muestra en

detalle cómo la vida cotidiana en prisión se transfiguró, 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” (Samojedny 1986: 497)’’.

Y E. Giberti añade: “Un ejemplo aportado por las presas políticas... Durante la dictadura estas presas tenían prohibido poseer bienes personales en sus celdas. Entonces construían muñequitos con migas de pan a los que intentaban vestir con pedacitos de papel arrancados de los sobres de correspondencia y los utilizaban para hacerse pequeños regalos o para despedir a alguna compañera que esperaba ser trasladada. Era suficiente que una carcelera descubriese la muñequita para que la pisotease hasta destruirla. ¿Obediencia debida?” (Giberti 2003: 41).

Los prisioneros tenían conciencia de estar bajo condiciones de deterioro físico y de malpraxis sistemática dentro de una estrategia hacia “entes de segunda categoría”. 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 unos 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 fugarme. 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” (CONADEP, 1984: Legajo N° 3847).

Sobre las medidas tendientes a intensificar problemas psicológicos y psiquiátricos en 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 persecución selectiva, junto con un manipuleo de la medicación, que creaba dependencia; por otro lado se intentó utilizarlo como un elemento perturbador de la convivencia. La agresividad generada en los presos se expresó en sus forma extremas como autoagresividad, que llevó al suicidio a nueve de ellos. Fueron muy numerosos los intentos de autoeliminación. Menos frecuentes se observaron conductas hetero-agresivas...” (Lombardi 1987: 132).

Quien haya pensado que el daño psíquico con premeditación y alevosía de corte orwelliano (“1984”, publicado por vez primera en New York en 1948), era una rémora de tiempos pasados y de otras constelaciones históricas, puede apreciar que una tal disposición a la aniquilamiento del espíritu tiene también vigencia para los “profesionales de la salud” en América del Sur y a fines del siglo XX.

Complicidad entre medicina y justicia

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. 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 expedidos certificados falsos de defunción; así por ejemplo, sobre "muertes por enfrentamiento", cuando en verdad las personas afectadas habían sido fusiladas (Madres, febrero 1986: 11).

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 por orden militar. De la acusación se desprende 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" (CONADEP, 1984: 397). 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" (CONADEP, 1984: 398).

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**" [negritas H.R.] (Stover, 1987: 73-74).

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 autópsico oficial se establecía que la muerte se había debido a una "falla cardiorespiratoria".

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 asfictivo", 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 (Martirena 1988: 29).

La disposición a colaborar con la violencia organizada, trastocando hechos delictuosos hacia una "regulación profesional" exculpante merece una atención especial. No sólo está en juego la tergiversación de "conceptos científicos", como se considera el diagnóstico clínico por ej. en la vida cotidiana, sino que además se crea un pool de eufemismos para encubrir una malpraxis regular; y esto tanto más que para muchos de los médicos la disposición a responder por actos de encubrir crímenes de lesa humanidad está aún hoy fuera de discusión. Este "olvido" o reticencia a tratar un aspecto central de la complicidad de facto de médicos con la dictadura gesta vías de reiteración de tal obediencia irresponsable (Riquelme 1995a).

La apropiación ilícita de la descendencia

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, el general del Ejército argentino Ramón Camps, 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" (Actas del Tribunal Ético de la Salud contra la Impunidad 1987: 20).

Rapto de niños por organizaciones estatales

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"(CONADEP 1984: 303). 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." (CONADEP 1984: 313).

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 (Torres 1987: 137-48).

El rapto de recién nacidos de madres “desaparecidas” y su entrega en adopción a personas ploclives 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.

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 y la omisión constante de que los niños son sujeto de derecho (Riquelme 1995b y 1998a). 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.

Profesionales y gestión ideológica de las dictaduras

La relación especial de medicina y psicología hacia los gobiernos dictatoriales consiste en que de su seno surgieron tanto decididos opositores como importantes detentores de cada régimen 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 y psicólogos aquí implicados pusieron al servicio del sistema represivo, tanto metodologías de ciencias sociales y científico-naturales, 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“, el más importante periódico conservador.

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 e inteligencia, activistas ideológicos, militantes de los partidos de la U. P., y 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” (Stover 1987: 45).[3]

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’’ (Bloche 1987: 6). En el mismo país, el Dr. Maraboto opina sin tapujos acerca de la necesaria lealdad incondicional del médico militar hacia los mandos superiores de su institución: ‘‘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’’ (Martirena, 1988: 69).

La dimensión ideológica, en especial de médicos y psicólogos 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 (Riquelme, 1995a). Al contrario la constatación de una aquiescencia activa de los profesionales con los métodos y las metas del sistema represivo, incluso en la definición de "grados de patogenidad'' de los opositores al regimen, 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, profesionales de la salud inclusive.

La defensa de los derechos humanos y la praxis cotidiana de profesionales de la salud

Este ensayo sobre la praxis profesional bajo la égida militar en Argentina, Chile y Uruguay sería unilateral, si no introdujeramos la dimensión de reacción consciente 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; actos 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, durante la dictadura misma, hubo iniciativas personales y de grupos ecuménicos que dedicaron sus esfuerzos, a pesar de las represalias, a promover los derechos humanos.

Derecho a tratamiento

El trato no discriminatorio de pacientes es la piedra angular para medir cada actitud de ética profesional bajo condiciones excepcionales. En Uruguay recabamos una experiencia que da relación de este contexto de praxis profesional y sus actores en los tres países: "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..." (Comunicación personal de un médico entrevistado por el autor).

Negarse a obedecer órdenes por daño a pacientes

En Uruguay, hay una manifestación de resistencia de un psicólogo que se negó a entregar informaciones sobre los presos de un centro de reclusión a través de la cual se 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 inculpado) 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" (Bloche, 1987: 6).

La praxis cotidiana bajo la dictadura

Hay contados estudios específicos, y las referencias documentales acerca de lo que fue la vida profesional en los tres países durante la dictadura militar son escasas (Riquelme 1995a). En 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. *Tortura y resistencia en Chile* 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 a 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”

Siguen diciendo las autoras: “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 dió 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 angustiosa, enfermedad psico-somática, estado neurótico, psicosis reactiva, consecuencia de llevar una vida “clandestina abierta”... Enfrentar su tratamiento nos exigió dilucidar en la práctica diaria los mecanismos favorecedores o entorpecedores del quehacer clandestino...” (Reszczynski et al 1979/1991: 28-32).

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 angustiosa 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 nuevos mecanismos capaces de producir enfermedad, cuadros patológicos cuya configuración era diferente de la de los síndromes descritos clasicamente 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'' (Reszczynski et al 1979/1991: 38-42).

Tras el retorno a la democracia representativa el terror dictatorial está aún presente en la conciencia de quienes vivieron bajo su gestión represiva. 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 ejemplares aquí descritas muestran a médicos en actitudes de resistencia activa dentro de la praxis cotidiana.

Sumarios y juicios internos de las organizaciones médicas. Las condiciones de amnistía legal

Aunque hasta ahora en los tres países no ha habido actividades 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 han 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 creó 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 [4], 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" (Tribunal Ético de la Salud contra la Impunidad 1987: 12).

Y fundamentó su acusación en testimonios de personas afectadas por el terrorismo de estado, las cuales estuvieron en directa relación con los médicos impugnados. 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" (Tribunal Ético de la Salud contra la Impunidad 1987:13).

El Tribunal, por unanimidad, declaró a los inculpados responsables de faltas substanciales a la ética profesional y de crímenes de lesa humanidad. En su resolución 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 Etica concitaron una gran atención porque 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. [5]

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 persecusión directa por parte del gobierno militar e internados como presos políticos por períodos de hasta varios meses.(Comunicación personal Dr. Luis González, ex-presidente del CMC).

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". (Martirena 1988: 14-15).

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 archivese". [6] 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 (Martirena 1988: 29-85).

En especial y frente a la evidente reticencia a un cuestionamiento público de lesiones a la ética profesional durante las dictaduras en los tres países, cobran un valor excepcional los juicios *inter pares* de las organizaciones médicas. 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 sobre la base de tales experiencias.

Nuevos temas de conflicto ético-médicos

Considerando que la época dictatorial, además de su dimensión de terror, significó también una apertura de dilemas en todas las áreas del quehacer social, no sorprende que de esa época surgieran, o se hayan hecho evidentes, nuevos desafíos para la ética profesional. Así, es posible postular que durante ese período se acentúa la sensibilidad profesional frente a conflictos éticos. En el curso de este subcapítulo bosquejo algunas de estas áreas en las que la ética profesional se enfrenta a situaciones hasta ahora no maduradas culturalmente y para las cuales no siempre es posible encontrar soluciones de absoluta certeza. Adquiere aquí además relevancia la experiencia de represión vivida por muchos médicos, la que acentúa la propia sensibilidad frente a las condiciones de vida, por ejemplo, de personas encarceladas por cualquier razón.

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 (Lagos 1988: 157-62).

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 (AI 1998)[7]. 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 [8]. 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 consumar la pena de muerte en un condenado del Estado de Oklahoma. Esto condujo a una intensa discusión sobre ética profesional (el juramento hipocrático prohibe 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 (Vida Médica, Vol. 36-1985: 75-82).

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. Jaúregui 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,..." (de Pena et al., 1992 & WMA, 1991) .

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.[9] Esta afiatada sensibilidad llevó al CMC, ya en 1985 (AI Index 1986) a emitir una resolución acerca del trato médico a detenidos.

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 (Colegio de Abogados de Uruguay, 1987).

Entre la sumisión obsecuente y la gestación de nuevas perspectivas

Basada en los ejemplos de la praxis profesional aquí referidos, se fundamenta la tesis de que un conocimiento exhaustivo de los hechos en sí –tanto en el área de violaciones a los derechos humanos como en las manifestaciones de oposición– puede abrir una vía a la comprensión de la actividad médica y psicológica bajo dominación totalitaria y autoritaria. Así es posible acceder a una esfera de gestión profesional obviada hasta ahora y generar argumentos y razones de discusión específicas para su profundización cultural contingente.

En los tres países era un secreto a voces la participación de médicos y psicólogos 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 hubo labores profesionales en "zonas de alta densidad" con 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" (Bloche, 1987: 18-40).

Algunos médicos y psicólogos militares han tenido un alto grado de responsabilidad en los delitos de lesa humanidad en esos países. Sin embargo, la dominación autoritaria en los tres países no dispuso de un radio de acción ilimitado, sino que se vió a menudo confrontada a actitudes de oposición individual y gremial. Y no parece que los profesionales reticentes –en virtud de sus principios éticos– a colaborar en la represión hayan sufrido ataques o represalias de importancia. Igualmente hubo médicos y psicólogos militares que abdicaron de sus funciones para no entrar en colisión con sus principios (Riquelme 1995a).

Debe destacarse la labor psicoterapéutica desarrollada en plena dictadura en Chile y Uruguay que condujeron a propósitos concretos: por una parte, superar el aislamiento social y cultural de las víctimas de la dictadura por medio del apoyo a individuos y familias afectadas, y por otra, dar a conocer a la sociedad y sancionar gremialmente las violaciones a los derechos humanos cometidas por profesionales de la salud (Riquelme 1990).

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 puedas desear que llegue a ser una ley general" (Kant, 1785: 52) –y no sólo en círculos profesionales– se convierta culturalmente en un lugar común y no deba concitarse atención sobre ello.

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

Bibliografía

AI (1986), *Human rights in Chile: The role of the medical profession,* AI Index: AMR 22/36/86, London.

AI (1998), *Letal injection. The medical technology of execution,* AI INDEX: ACT 50/01/98, London.

AMM (1948, 1968 y 1983), "Declaraciones de la Asociación Médica Mundial de Ginebra sobre ética y derechos humanos" en Colegio médico de Chile [CMC] (1986), *Normas y documentos de ética médica.* Santiago de Chile (en las menciones siguientes se omitirá el país).

Asamblea Permanente por los Derechos Humanos (1987), *La Desaparición. Crimen contra la humanidad,* Buenos Aires.

Bloche, Maxwell G. (1987), *Uruguay military physicians,* AAAS, Washington.

British Medical Association (1992), *Medicine betrayed. The participation of doctors in human rights abuses,* London.

Colegio de Abogados del Uruguay (1987), *Proyecto de Ley sobre Delitos de Lesa Humanidad*. Documento del Seminario "Los médicos ante la ética y la tortura", Montevideo, Uruguay, del 9 de diciembre.

CODESEDH/CODEPU (1987*), La tortura en América Latina,* Buenos Aires.

Colegio Médico de Chile (1986), *Normas y documentos de ética médica,* Santiago.

CONADEP (1984), "*Nunca Más*". *Informe de la Comisión Nacional sobre Desaparición de Personas,* Editorial Universitaria de Buenos Aires, Buenos Aires, 1985.

Chelala, Carlos (April 1989), "They Condone Torture" in *World Health*, Washington.

Espínola, Mercedes (2003), "Aspectos psicológicos de la represión en cárceles", en Riquelme (2003) *Asedios a la memoria. La experiencia de psicólogos bajo las dictaduras militares en América del Sur,* (en cooperación con Amnesty International, sección alemana), Ediciones CESOC, Editores, Santiago.

Naciones Unidas (1975), "Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Tortura y otros tratos crueles (9.XII.1975)" en Colegio Médico de Chile (1986), *op.cit*.

Habermas, Jürgen (1983), *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln.* Suhrkamp-Verlag Frankfurt/M.

Idem (1991), *Erläuterungen zur Diskursethik*. Suhrkamp-Verlag, Frankfurt/M.
Kant, Inmanuel (1785), *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten,* Berliner Akademie der Wissenschaften, Berlin, 1903.

Kordon, Diana et al. (1988), *Psychological effects of political repression,* Buenos Aires

Lagos, Darío (1988), "Professional Ethics - Social Ethics - Mental Health and Impunity'' en Kordon et al (1988) *op. cit*.

Lombardi, Raúl (1987), "Las prisiones políticas en el Uruguay, una continuación de la tortura" en CODESEDH/CODEPU, *op. cit*.

Madres de Plaza de Mayo (Revista de) N° 6 (1986-1988), Buenos Aires.

Martirena, Gregorio (1988), *Uruguay. La tortura y los médicos,* Montevideo.

De Pena Mario, María de Luján Jaúregui y Guillermo Mesa (1993), "Los médicos y las huelgas de hambre. Actividad profesional y conflicto ético del equipo sanitario de apoyo", en *Salud psicosocial: Cultura y Democracia en América Latina,* Daniel Campos, Carlos Albero Arestivo y Genaro Riera (comps.), vol. 3, Ed. ATYHA-LPD, Asunción.

Reszczynski, Katia; Rojas, Paz y Barceló, Patricia (Paris, 1979/ Santiago, 1991), *Tortura y resistencia en Chile,* Paris/Santiago.

Riquelme, Horacio [ed.]
(1990), *Era de Nieblas. Derechos humanos, terrorismo de estado y salud psicosocial en América Latina,* Editorial Nueva Sociedad, Caracas.

Idem (1990), *Zeitlandschaft im Nebel. Menschenrechte, Staatsterrorismus und psychosoziale Gesundheit in Sudamérica,* Vervuert-Verlag, Frankfurt/M.

Idem (1993), *Era de Nevoas. Direitos humanos, terrorismo de estado e saúde psicosocial na America Latina*, Edit. Da Universidadde Catolica, Sao Paulo

Idem (1994) *Era in Twilight. Psychocultural situation under state terrorism in Latin America*, Instituto Horizonte, Bilbao.

Riquelme, Horacio (1995a), *Médicos protagonistas. Entrevistas narrativas sobre las condiciones de vida y de ética profesional bajo la dictadura militar*, Ediciones de la banda oriental, Montevideo.

Idem (1995b), "Latin America: Human Rights and Zones of Omission in the Perzeption of the Child", en P. Riedesser, H. Adam, A. Verderber, J. Walter & H. Riquelme [editors] *Children: War and Persecution*, Stiftung fur Kinde, Osnabrüch.

Idem (1998a), "Zonas de omisión perceptiva del niño en América Latina: Temas de ética profesional en una perspectiva sociocultural" en UNESCO/Eva Giberti [ed.], *La niñez y sus políticas*, Buenos Aires.
Riquelme, Horacio (1998b), *Medizinische Ethik in Krisenzeiten. Ärzte zwischen Gehorsam und Auflehnung unter der Militärdiktatur in Südamerika*, Nomos-Verlag, Baden Baden.

Idem (ed.) (2002), *Ética médica en tiempos de crisis. Los médicos y las dictaduras militares en América del Sur*, CESOC, Santiago.

Riquelme, Horacio (ed.) [Hrsg.](2001) *Die Belagerung des Gedächtnisses. Leben und Arbeit von Psychologen unter den Militärdiktaturen Südamerikas* (in Kooperation mit Amnesty International), Deutscher Psychologen Verlag, Bonn.

Idem (2003) *Asedios a la memoria. La experiencia de psicólogos bajo las dictaduras militares en América del Sur*, (en cooperación con Amnesty International, sección alemana), Ediciones CESOC, Santiago.

Rivas, Francisco (1990), *Traición a Hipócrates. Médicos en el aparato represivo de la dictadura*, CESOC Editores, Santiago.

Samojedny, Carlos (1986), *Psicología y dialéctica del represor y el reprimido. Experiencias en la unidad carcelaria 6 Rawson*, Buenos Aires.

Stover, Eric (1987), *The Open Secret: Torture and the medical profession in Chile* [A.A.A.S.]. Washington.

Torres, Roberto (1987), "La problemática específica de los niños desaparecidos" en Asamblea Permanente por los Derechos Humanos (1987), *op. cit*.

Tribunal Ético de la Salud contra la Impunidad (1987), *Actas*, Buenos Aires, 3 de diciembre.

Weschler, Lawrence (1991), *A miracle, a universe. Settling accounts with torturers*, New York.

WMA (1991), "Declaration on Hunger-Strikers" en *Medicine betrayed. The participation of doctors in human rights abuses*, British Medical Association, London, 1992.

Notas

* Horacio Riquelme es Dr. en Medicina de la Universidad de Hamburgo y Dr. en Filosofía de la Universidad de Bremen. Es Profesor Asociado de Psiquiatría Social en la Universidad de Hamburgo. Es autor y editor de varias obras de análisis de los derechos humanos bajo estados autoritarios. Actualmente es consejero internacional de la Comisión de Verdad y Justicia en Paraguay.

[1] La obra «La muerte y la doncella» de Ariel Dorfman, llevada al cine por Polanski, ejemplariza esta circunstancia. Ella nos introduce a la relación accidental 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 ex-torturada quien la domina y da las intrucciones de procedimiento tanto al médico-acusado como al abogado-defensor en un proceso ad hoc. La intransigencia existencial de la protagonista, asi 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 afiatada 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

[2] Comentario: No sería extraño que estos estudios hayan sido publicados en alguna revista de psicología militar bajo un título neutral tal como ''Incidencia psicopatológica bajo condiciones psicológicas adversas. Un estudio casuístico''

[2] Comentario: No sería extraño que estos estudios hayan sido publicados en alguna revista de psicología militar bajo un título neutral tal como ‘‘Incidencia psicopatológica bajo condiciones psicológicas adversas. Un estudio casuístico’’

[3] En términos consecuentes con la declaración de principios antes mencionada del Dr. Augusto Schuster, (comp. K. Resczcynsky 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 persecusiones 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 estadounidesnses se les mostró un ejemplar de la lista C que contenía 1.700 nombres’’ (Sagan/Jonsen/Paredes, 1974. Cit. en Stover).

[4] 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.

[5] Así por ejemplo los representantes del CMC se refirieron a la tortura en su declaración frente al Congreso de los Estados Unidos, el 16 de mayo de 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”

[6] 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*.

[7] Amnesty International manifiesta que la aplicación de substancias químicas con finalidad de muerte ocurre en términos legales, además de USA y China, en Guatemala, Filipinas y en Taiwan.

[8] 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).

[9] 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.