



הוועד הישראלי לאונסקו  
ISRAEL NATIONAL  
COMMISSION FOR UNESCO  
اللجنة الإسرائيلية لليونسكو

Casos de estudio

# BIOÉTICA Y HOLOCAUSTO

Tessa Chelouche y Geoffrey Brahmer  
Con contribuciones de Susan Benedict





הוועד הישראלי לאונסקו  
ISRAEL NATIONAL  
COMMISSION FOR UNESCO  
اللجنة الإسرائيلية لليونسكو

# BIOÉTICA Y HOLOCAUSTO

Casos de estudio

Tessa Chelouche y Geoffrey Brahmer  
Con contribuciones de Susan Benedict



# THE UNESCO CHAIR IN BIOETHICS

© 2012

Prof. Amnon Carmi

The International Center for Health, Law and Ethics, Faculty of Law, University of Haifa, Israel

Israel National Commission for UNESCO

The International Center for Health, Law and Ethics

Faculty of Law, University of Haifa, Israel

Chairholder: Prof. Amnon Carmi

Versión en español de la Cátedra de Psicología, Ética y Derechos Humanos,  
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

Coordinación general: Juan Jorge Michel Fariña

Traducción, revisión técnica y establecimiento del texto: Irene Cambra Badii y  
Ailen Provenza, Programa de Ciencia y Técnica, Universidad de Buenos Aires.

Bajo el auspicio de la Red Iberoamericana de Ecobioética de UNESCO

Presidente: Moty Benyakar

Director académico: Juan Jorge Michel Fariña

Edición al cuidado de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación

© 2017

# Introducción

No existe deshonra más grande en los anales de la medicina del siglo XX que la del rol desempeñado por los médicos alemanes durante el nazismo. Cuando los nazis llegaron al poder, la medicina de Alemania se encontraba entre las más sofisticadas del mundo. Una medicina que había contribuido y dado forma a la práctica académica y clínica en distintas latitudes, y que, a pesar de su prestigio, se vio enredada en la ideología nazi y devino cómplice en la conceptualización y promoción de sus programas sociales y de exterminio racial. Esta vinculación entre la medicina alemana y el nazismo alcanzó enormes proporciones y fue llevada a cabo a través de la participación activa y el consentimiento de la Academia. Por cierto, la medicina no fue la única disciplina científica que apoyó la política del nacionalsocialismo, pero sí difería de otras profesiones en cuanto a su compromiso explícito a los principios éticos, a una postura humanitaria, y sobre todo al juramento hipocrático que data de hace 2000 años, y que considera al sufriente como su mayor prioridad.

En los juicios de Nuremberg, solamente veinte médicos alemanes fueron juzgados por crímenes de lesa humanidad. A partir de entonces, a nivel mundial las instituciones médicas sostuvieron la teoría de que las violaciones que habían ocurrido dentro de la profesión fueron actos aislados de algunos profesionales que trabajaban en determinados lugares



tristemente célebres, como los campos de concentración. Los juicios de Nuremberg y el código que se promulgó a partir de ellos, no recibieron demasiada atención hasta mediados de la década de 1960. Lo que la medicina había hecho durante el régimen nazi parecía no tener mayor relevancia para los médicos del resto del mundo.

Hoy hemos aprendido la lección. Sabemos que no fueron sólo algunos médicos quienes estuvieron implicados en las brutales ofensas que ocurrieron bajo el régimen nazi, sino la profesión en su totalidad. Durante la década de 1980, diversos historiadores publicaron estudios que mostraban el alcance que había tenido el nazismo al impregnar con su ideología toda la medicina alemana. Más de la mitad de los médicos alemanes eran miembros del partido nazi, porcentaje mucho mayor al de otras profesiones.

Este compromiso de los médicos alemanes con el nazismo es anterior a la Shoa, ya que habían comenzado a prestar sus servicios al Estado soslayando los principios éticos mucho antes del exterminio. Ya en los primeros años del siglo XX, los médicos promovieron en Alemania políticas de higiene racial y eugenesia, destinadas a limitar la reproducción de aquellas personas que supuestamente tenían trastornos hereditarios. Durante el nazismo se esterilizó a aproximadamente a 400.000 alemanes, los cuales padecían de trastornos físicos y psicológicos. Los médicos diseñaron e implementaron el infame programa T-4, mediante el cual asesinaron a pacientes discapacitados en nombre de la “eutanasia”. El objetivo de producir una raza aria pura adquirió prioridad por sobre los principios éticos más elementales de la medicina. Así, la medicina alemana se convirtió en un arma de las políticas de Estado. Los médicos nazis no se veían a sí mismos ante todo como profesionales de la salud, con una vocación y una ética dedicadas al bienestar de los seres humanos sino que se encontraban, en cambio, seducidos por la creencia de que el bienestar del Estado era superior al de los pacientes, y que el exterminio de millones de personas podía ser considerado una forma de “tratamiento”.

Durante la guerra, la política nazi -con el apoyo y cooperación de los médicos- caracterizaba a judíos, gitanos y otros grupos minoritarios como símbolos de la enfermedad, y así legitimaba y racionalizaba los



horrores. Los médicos resultaban una parte crucial de la operación en los campos de concentración, en tanto decidían quiénes podían trabajar y quiénes debían morir en las cámaras de gas, además de promover los experimentos más atroces sobre los prisioneros.

Uno de los primeros juicios luego de finalizada la guerra fue justamente el que puso en el banquillo de los acusados a los médicos nazis. Por primera vez en la historia, se sometía a juicio a profesionales de la salud, por haber cometido delitos de lesa humanidad, al haber promovido y participado de los experimentos de tortura que se llevaron a cabo en los campos de concentración, muchos de los cuales condujeron a la muerte. En su sentencia, la Corte promulgó lo que se conoce como el “Código de Nuremberg”, el cual establecía los derechos de los sujetos sometidos a experimentación médica y condenaba los experimentos inhumanos realizados por la mayoría de los acusados. Si bien antes de la guerra ya existían códigos de ética en relación a la experimentación con seres humanos, entre los que se encontraba uno muy completo de origen alemán desarrollado en 1931, el Código de Nuremberg fue el primero que tuvo alcance internacional. A raíz de éste, se crearon numerosos documentos en materia de Derechos Humanos y experimentación con personas, incluyendo la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, la Declaración de Helsinki y más recientemente la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de UNESCO. Si bien dichos documentos sobre bioética y principios éticos con respecto a la experimentación con seres humanos tienen origen en el Código de Nuremberg, no hacen referencia a él. De hecho, se ha debatido si el surgimiento de la bioética tuvo lugar en Nuremberg y no, como generalmente se afirma, en Estados Unidos durante la década de 1960.

Lo cierto es que el mundo de la medicina guardó silencio durante muchas décadas luego de la Segunda Guerra Mundial. Nuremberg, si bien era considerado un hecho histórico importante, no había tenido impacto formal en la ética médica. La bioética moderna tenía poco que decir sobre el holocausto. Las únicas referencias al pasado de la práctica médica durante el nazismo eran invocando analogías con la medicina nazi, aunque tales analogías se realizaban muchas veces de forma inapropiada y sin fundamentos.



Posiblemente una de las razones del silencio haya sido el malestar que generaba la confrontación con el pasado. Resultaba más sencillo continuar con el mito de la ineptitud y coerción de la medicina nazi, y de ese modo distanciarse de sus médicos. También era más sencillo sostener la idea de que algo así nunca podría ocurrir con profesionales “como nosotros”. No nos resultaba agradable reconocer que nuestros colegas habían estado involucrados en la creación de las bases pseudocientíficas que sostenían los programas raciales del nazismo, los cuales condujeron al genocidio. La comunidad médica a nivel mundial no estaba preparada para admitir que muchos de nuestros pares habían apoyado y se habían visto favorecidos por el régimen nazi, durante el cual la medicina no sólo se había desviado de los valores tradicionales, sino que había contribuido a una ideología perversa de muerte y sufrimiento.

Decir que la medicina ha estado involucrada en el holocausto sería en vano si ello no generara cierto malestar, en tanto la incomodidad que surge puede ser considerada una de las premisas básicas de la bioética. La bioética es, después de todo, el examen reflexivo de cuestiones éticas que atañen al cuidado de la salud y las políticas de salud pública, con el objetivo de brindarnos a los profesionales algunos lineamientos morales que nos permitan abordar dicha sensación de incomodidad que se nos presenta en la práctica. Este malestar que nace a raíz del discurso de la ética médica puede considerarse, de algún modo, como integridad moral. Ha sido este “malestar” el que llevó a la confección de los diez apartados del Código de Nuremberg en relación a la experimentación con seres humanos. El primer y principal precepto del Código es la doctrina del consentimiento informado; y los subsiguientes principios de la bioética moderna consideran la autonomía como uno de los pilares básicos del cuidado de la salud en tanto un horizonte ético. Puede verse así a la autonomía como el empoderamiento de los pacientes en tanto tienen derecho a un consentimiento informado. Ambas cuestiones, así como también muchas otras en la bioética contemporánea, hunden sus raíces en los “malestares” de la antigua medicina, incluyendo lo ocurrido durante el Tercer Reich.

Si alguien sugiriera una analogía entre el comportamiento nazi y nuestro actual desempeño profesional, se consideraría que la comparación es absurda. Desde este punto de vista, lo ocurrido durante el holocausto fue





algo único y por lo mismo no se repetiría en el campo de la bioética actual. Otros dirían que interrogar los argumentos y las acciones morales de los médicos nazis puede enseñarnos respecto de nuestras prácticas actuales y, sobre todo, prevenir el uso de analogías poco precisas en debates bioéticos.

Los editores del presente casebook acuerdan con este último punto de vista. Tenemos la opinión de que los profesionales de la salud debemos estudiar y comprender estas atrocidades de la medicina para así poder sostener un diálogo viable e instructivo sobre cuestiones bioéticas. Sin embargo, queremos enfatizar que por analizar los argumentos morales que pueden conocerse a partir del estudio de las prácticas médicas del nazismo, no estamos sugiriendo en modo alguno que la moral o la ética vigentes en la actualidad sean equivalentes a la de los médicos nazis.

¿Por qué deberíamos entonces visitar estos sucesos tantos años después? No porque pudiéramos anticiparnos a una nueva Shoa, sino porque la profesión médica debe estar siempre atenta a los desafíos que se presentan a la integridad de su ética. Los puntos de vista tradicionales con respecto a los valores de la medicina han sido profunda y violentamente afectados durante las décadas de 1930 y 1940, dado que la medicina en Alemania se prestó a la política del Tercer Reich. La historia de la biomedicina alemana en el régimen nazi nos convoca a examinar nuestros supuestos básicos, aquellas presuntas verdades sobre las que se asienta la medicina moderna.

No debemos olvidar que lo que los médicos nazis revelaron ha sido la capacidad de agresión y violencia inherente al ser humano. Numerosos experimentos, experiencias y estudios señalan que, dadas las circunstancias propicias, todos somos propensos a la crueldad y podemos seguir ciegamente a un poder malvado. Los médicos, así como cualquier ser humano, deben recordar esto, ya que son quienes tienen en sus manos decisiones que comprometen la vida y la muerte. La Shoa no fue una abstracción sino una sucesión de acciones diarias llevadas a cabo por seres humanos como nosotros. La maldad no se presentaba abiertamente, sino que ocurría a cada hora, minuto a minuto, con cada decisión por acción u omisión.



Lo mismo puede decirse de los actos morales. La lista de médicos que cometieron atrocidades puede contrastarse con la de los médicos prisioneros que intentaron mantenerse íntegros tanto en su humanidad como en su vocación profesional, aún bajo las condiciones más terribles. En los ghettos y campos de concentración, los médicos prisioneros se veían confrontados con dilemas profesionales y personales inconcebibles, a la vez que se las veían con el fatal destino de la destrucción humana. Estas difíciles circunstancias llevaron a variadas y muchas veces angustiosas respuestas. En 2005, Elie Wiesel, sobreviviente del holocausto y premio Nobel, escribió un artículo en el *New England Journal of Medicine* sobre los médicos que él conoció en los campos de concentración:

*Dentro de los campos de concentración, entre los prisioneros la medicina continuaba siendo una profesión noble. Por doquier, médicos sin suficientes instrumentos ni medicinas intentaban desesperadamente aliviar el dolor y la desgracia de sus compañeros, algunas veces a costa de su propia salud o su propia vida. Conocí a varios de ellos. Para estos médicos, cada ser humano no representaba una idea abstracta sino un universo de secretos, tesoros y angustias. Y con escasas posibilidades de ganarle a la muerte, en un universo inhumano, estos médicos continuaban siendo humanos. Cuando pienso en los médicos y verdugos nazis pierdo la esperanza. Sólo la recobro al pensar en aquellos otros, los profesionales que eran a su vez víctimas, y veo nuevamente sus miradas ardientes, sus rostros de ceniza. ¿Cómo alguien supo devolverle el honor a la humanidad en un contexto en que otros renunciaron a ella en nombre del odio?*

El holocausto comenzó despersonalizando a sus víctimas y terminó despersonalizando a los perpetradores. La institución médica del nazismo deshumanizaba a sus pacientes y devino así en un genocidio. Uno de los objetivos de este libro es individualizar tanto a los perpetradores como a sus víctimas. Al darle un nombre al médico-perpetrador, a quien fue víctima de sus crueles procedimientos, o al profesional que fue prisionero en un ghetto o campo de concentración, nos damos cuenta de que ante todo somos seres humanos vulnerables, y luego profesionales de la salud. Al singularizar estos hechos históricos nos vemos llamados a mirarnos a nosotros mismos de otro modo, y a buscar dentro nuestro y



en nuestras sociedades el peso y la responsabilidad que todos llevamos por la humanidad y por el bienestar de la medicina misma. El examen de la bioética en relación al holocausto y la complicidad de los médicos alemanes nos provee de una lente vital para poder ayudarnos en esta difícil pero imperiosa e imprescindible tarea.

Dra. Tessa Chelouche





# Palabras preliminares

Debemos valorar especialmente esta iniciativa de la Dra. Tessa Che-louche, una reconocida médica israelí e investigadora de historia de la medicina. Editar un libro sobre el tratamiento médico y el comportamiento de los profesionales de la salud durante el holocausto es un emprendimiento de suma trascendencia. La recopilación de datos provenientes de archivos secretos ha sido seguramente una tarea científica compleja y a la vez una experiencia sumamente difícil a nivel emocional.

Se dice que cuando Shimon Dubnov, el gran historiador judío, fue llevado en Riga junto con otros prisioneros para su ejecución, se volvió hacia ellos y les dijo: “Recuerden, recuerden (en Yiddish: *schreibt un verschreibt*), tomen nota de todo”.

Recordar: ¿qué ganancia obtendríamos de ello?

¿Por qué deberíamos hacer reaparecer viejos fantasmas? ¿Por qué abrir las cámaras de gas, la caja de Pandora de la tortura y la desesperación que evoca la Shoa? ¿Por qué deberíamos reunir toda nuestra energía para recordar, aun cuando hacerlo produce tanto dolor?



“Si miramos demasiado atentamente en dirección a los muertos”, dijo Elie Wiesel, “corremos el riesgo de vernos tentados a unirnos a ellos”.

El recordar no es un propósito en sí mismo, sino apenas una herramienta, un artificio que está plenamente justificado por el horizonte que nombramos: ¡NUNCA MÁS!

No por el propósito de tener registros científicos ni de glorificar la muerte de los mártires. Lo que se ha hecho no puede ser deshecho, y recordar a los muertos no los traerá de regreso. “Nunca más” llama a la supervivencia de la humanidad.

Al leer los casos que fueron recopilados por Tessa Chelouche, Geoffrey Brahmner y Susan Benedict, es difícil entender cómo un pueblo pudo convertirse en una comunidad de asesinos o cómplices de asesinos, y cómo los médicos pudieron infligir semejante dolor a otros seres humanos.

Como dice Elie Wiesel: “No comprendo cómo ha sucedido. Y cuanto más viva, menos entenderé. Pero continuaré aprendiendo, y esta es otra lección: aunque no comprendamos, debemos seguir aprendiendo”.

La Cátedra de Bioética (Haifa) ha sido autorizada por UNESCO para promover el avance de la formación en ética médica en universidades de todo el mundo.

Esta Cátedra UNESCO satisface así las necesidades tanto de docentes como de estudiantes al producir y proveerles una serie de libros a modo de guía, de la cual la presente publicación forma parte. Pero la

producción de códigos de ética y de textos de referencia no es suficiente hasta que éstos no se implementan, lo cual supone su uso fluido en proyectos educativos.



*Bioética y Holocausto* ofrece un conocimiento y una mirada peculiar sobre el fenómeno del Holocausto. La lucha con una pregunta sin respuesta: ¿cómo pudo ocurrir? hace posible que estudiantes de todo el mundo dimensionen la necesidad y el deseo de Nunca Más, y que se cumplan las palabras *schreibt un verschreibt*.

Prof. Amnon Carmi  
Director  
Cátedra UNESCO de Bioética (Haifa)







# Índice

## Antecedentes históricos de la medicina nazi

### Parte 1: Los médicos nazis

#### 1. La adopción del concepto de la eugenesia por la medicina nazi

1.1 La eugenesia: la participación de los médicos en las decisiones sobre el valor de la vida humana

1.2 Esterilización eugenésica

#### 2. El racismo y la medicina nazi

2.1 El uso de la raza como un diagnóstico médico

2.2 El racismo dentro de la comunidad médica nazi

#### 3. Educación Médica durante el nazismo

#### 4. Publicaciones médicas bajo el nazismo

#### 5. La lealtad dual de los médicos: Estado vs individuos

#### 6. La presión de la economía en la medicina

#### 7. Eutanasia

#### 8. El significado del juramento hipocrático

#### 9. Investigación médica

9.1 Confidencialidad médico-paciente

9.2 Consentimiento informado en experimentación con humanos

9.3 Consentimiento de los padres para tratamientos médicos

9.4 Utilitarismo en investigación clínica

9.5 Uso de partes del cuerpo adquiridas de forma poco ética

9.6 Falsificación de Registros médicos

9.7 ¿Se debería utilizar la información obtenida en los estudios médicos nazis?

#### 10. Médicos y tortura

#### 11. Participación de los médicos en el genocidio

#### 12. La ética de las compañías farmacéuticas en investigación médica

#### 13. Conciencia médica y denuncia de irregularidades

### Parte 2: Los médicos prisioneros

#### 1. Inutilidad médica en circunstancias extremas

#### 2. Triage médico

2.1 Abuso de triage médico: las “selecciones” nazis

2.2 Justicia distributiva

#### 3. Los riesgos de la atención médica

3.1 Divulgación de la identidad profesional cuando se enfrenta con peligro mortal

3.2 El tratamiento del enemigo

3.3 Atención médica en circunstancias peligrosas - El deber de obligación del médico/enfermera

3.4 Modificando las posturas éticas

3.5 El cumplimiento de los médicos nazis

**4. Aborto: la perspectiva de los médicos nazis y los médicos de prisioneros**

**5. El tratamiento de los pacientes moribundos: Negarse a ayudar a los pacientes a morir**

**6. Decir la verdad**

**7. “Elecciones sin elección” en Medicina**

## **Apéndices**

1. Código de Nuremberg de 1947

2. Ministerio de Prusia, Directiva de Asuntos Médicos, religiosos y educativos, 1900

3. La Circular de Salud del Reich: Reglamento sobre la nueva terapia y Experimentación Humana de 1931

4. Declaración de Helsinki



# Antecedentes históricos de la medicina nazi

La complicidad o indiferencia hacia los crímenes del Estado Nazi manifestada por algunos de los ciudadanos más educados del pueblo alemán es una de las cuestiones más perturbadoras que la sociedad en general debe confrontar. El ejemplo más desconcertante de profesionales altamente calificados actuando como perpetradores en este contexto es el de la comunidad médica. Formados para atender a los enfermos, aliviar el sufrimiento y salvar vidas, algunos médicos suspendieron sus cuidados, infligieron dolor experimentando en sujetos humanos, y cometieron asesinatos. De aquellos que no participaron en tales crímenes, la mayoría se mostraba indiferente o condescendiente hacia el comportamiento de sus colegas, y hacia el sufrimiento de las víctimas.

Tanto los médicos como otros profesionales de la salud se convirtieron en algunos de los perpetradores más letales de crímenes de lesa humanidad. Durante la década del 30' y la del 40', los médicos alemanes no reaccionaron ante la ideología racial del Estado Nazi, ni ante las oportunidades de desarrollo profesional que ésta ofrecía, como si ellos mismos existieran dentro de un vacío científico y filosófico. Las primeras tres décadas del siglo veinte fueron testigo del ascenso del movimiento eugenista en Europa, América del Norte, y en el resto del mundo. Este movimiento provee el contexto necesario para comprender el rol de la ciencia alemana y de la medicina en los crímenes de lesa humanidad perpetrados por los nazis. El término "eugenesia" fue acuñado en la década de 1880



por Francis Galton, sobrino de Charles Darwin. Los eugenistas sostenían que muchos problemas sociales podían ser eliminados desalentando, o bien impidiendo, la reproducción de individuos catalogados como genéticamente no aptos (eugenesia negativa), al mismo tiempo que la prevalencia de rasgos sociales deseables podía ser aumentada, si se promovía la reproducción entre aquellos que eran considerados genéticamente aptos (eugenesia positiva). El período en el que la eugenesia prosperó fue uno de los momentos de mayor agitación social a escala mundial, un tiempo de industrialización e urbanización, como así también escenario de procesos económicos cada vez más inestables, de recesión y desempleo recurrentes. Los eugenistas sostenían que su perspectiva ofrecía la manera más racional y eficiente de solucionar los problemas recurrentes que atravesaba la sociedad. La cosmovisión eugenista argumentaba que la ciencia, no así la religión, ni la filosofía social, conduciría a la humanidad hacia una utopía biológica, moral y social.

El primer grupo organizado de eugenistas en los Estados Unidos fue fundado en 1906, y el centro de investigación de mayor envergadura fue organizado por la Oficina de Registros de Eugenesia en Cold Spring Harbor, Long Island. Un gran número de profesionales distinguidos prestaron sus servicios en comités asesores y juntas directivas, a la vez que sus programas fueron financiados por adineradas instituciones filantrópicas. La investigación era llevada a cabo esencialmente para intentar probar que diversos rasgos socialmente indeseables, como el pauperismo, la debilidad mental, y la criminalidad, entre otros, existían en ciertos grupos étnicos. Más allá de la investigación, los eugenistas estaban igualmente interesados en la acción social, y en trabajar para aprobar leyes que promovieran sus objetivos. Los eugenistas tuvieron un rol especialmente activo en la promulgación de las leyes de inmigración en los Estados Unidos, donde se creía que ciertos inmigrantes eran biológicamente inferiores, y como tales se les prohibió el ingreso al país.

Los eugenistas también tuvieron un rol instrumental en la recopilación de leyes de esterilización obligatoria. El primer estado que promulgó una ley de esterilización fue el de Indiana en 1907, y hacia 1935 eran 30 los estados que habían promulgado leyes de esa calaña, permitiendo que los internos de instituciones estatales (prisiones, asilos, sanatorios y hospitales de salud mental) fueran esterilizados por la fuerza, luego de ser examinados por comités especiales de “eugenesia”. Algunas de las categorías contempladas eran las de “debilidad mental hereditaria”, “crimi-



nalidad habitual”, “perversión sexual”, epilepsia, entre otras. Hacia 1935 más de veintiún mil esterilizaciones motivadas por la doctrina eugenésica habían sido ejecutadas, y ya en la década del 60 alrededor de sesenta y cuatro mil personas habían sido esterilizadas en los Estados Unidos. Un número similar de esterilizaciones fue efectuado en Suecia en la misma época.

El movimiento eugenista existía ya oficialmente en Alemania desde 1905, año en que la Sociedad de Higiene Racial fue establecida en Berlín. Sin embargo, durante los años de Weimar los eugenistas alemanes no tuvieron éxito en su afán de promulgar leyes, ni en el de poner los principios de la eugenesia en vigor. Fue sólo con el ascenso de los nazis al poder que los eugenistas adquirieron un papel verdaderamente central en la política estatal.

En 1920 dos distinguidos académicos alemanes, el profesor de Derecho Karl Binding y el médico Alfred Hoche, escribieron una obra crucial, titulada “El permiso para suprimir la vida indigna de ser vivida”. Dicho estudio reflejaba el temor que azotaba a Alemania luego de la Primera Guerra Mundial, referido a que sus mejores jóvenes (y sus respectivos genes) hubieran perecido en el campo de batalla, dejando sólo a aquellos “inferiores” para que se multiplicasen libremente. El estudio proponía que eliminar estos “elementos inferiores” permitiría que se restableciera el balance inicial. Esta obra causó gran impresión en Hitler, quien, mientras se encontraba encarcelado en 1924 en Landsberg, escribió “Mein Kampf”, donde definió los principios de la ideología nazi. En esta visión nazi de la “Nueva Alemania” no existía un lugar dentro de la sociedad para lo que era percibido como “sangre extranjera”, portada aparentemente por los judíos o los gitanos, ni para todo aquel “genéticamente inferior”.

La primera medida eugenésica llevada a cabo por los nazis fue la promulgación de la Ley de Esterilización en 1933. Esta Ley, también conocida como la “Ley de la Prevención de la Descendencia con Enfermedades Genéticas”, estaba basada en la Ley de Esterilización de los Estados Unidos, y existió de hecho una notable cooperación entre profesionales americanos y alemanes en favor de las mismas. Los sujetos portadores de cualquiera de las siguientes nueve condiciones, consideradas como hereditarias, eran destinados a la esterilización: debilidad mental genética, esquizofrenia, síndrome maníaco depresivo, epilepsia genética, corea de Huntington, ceguera genética, sordera genética, deformidades físicas

severas y alcoholismo crónico. Sin embargo, el programa de esterilización alemán fue mucho más lejos que los adoptados por otros países, esterilizando en consecuencia a más de 400.000 personas hacia el final de la guerra. A pesar de que los nazis intentaron defender su programa de esterilización en los Juicios de Núremberg refiriéndose al de los Estados Unidos, el programa americano jamás alcanzó la notable escala del que fue ejecutado por los nazis.

Además de la Ley de Esterilización, los nazis promulgaron en 1935 las Leyes de Núremberg, las cuales prohibían el matrimonio y el coito entre los “arios” y aquellos con más de un cuarto de descendencia judía. Al ser criticados por esta legislación, los nazis respondieron señalando una vez más a los Estados Unidos, y a muchos otros países en los que existieron durante décadas leyes contra el mestizaje. La comunidad médica alemana veía a las leyes de Núremberg como leyes inherentes a la salud pública, que ayudarían a fortalecer la salud del pueblo alemán de postguerra (resultante de la Primera Guerra Mundial). Dada la crisis económica de la República de Weimar, el paradigma eugenista dio lugar a diversas consideraciones sobre la “eficiencia nacional”, la eliminación de los “consumidores no productivos”, o de las “vidas indignas de vivir”. Los eugenistas proporcionaron una justificación biológica para reducir aspectos de los servicios sociales y de la atención médica para aquellos considerados como una carga para la sociedad, así como para quienes eran vistos como genéticamente deficientes. El racismo y el antisemitismo constituían sólo un componente de la ideología eugenista pre-nazi, e incluso los eugenistas mismos adoptaron posiciones encontradas respecto de la cuestión de la raza como una idea eugenésica. No obstante, en el momento en que los nazis tomaron el poder, el racismo de base eugenista y el antisemitismo se convirtieron ambos en pilares de la política estatal del Tercer Reich, y fueron aceptados con el estatuto de “hechos científicos”.

La esterilización forzada de aquellos afectados por “enfermedades genéticas” resultó ser insuficiente y costosa, al mismo tiempo que se desató la Segunda Guerra Mundial, proveyendo así la oportunidad para que los programas se hicieran extensivos a la “exterminación de la vida indigna”. La guerra propició el pretexto y la tapadera necesaria para que medidas que hubieran sido más difíciles de ejecutar en tiempos de paz fueran puestas en práctica. La decisión de implementar el plan de “eutanasia” fue tomada por la esfera de mayor jerarquía política, con la autorización expresa del mismo Hitler en la designación de los médi-



cos avalados para ejecutar las denominadas “muertes piadosas”. Dichos médicos jamás fueron obligados a obedecer, sino que más precisamente fueron *habilitados* para hacerlo. Este programa nunca fue convertido en ley.

El programa de “eutanasia” comenzó con el asesinato de infantes y niños pequeños con deformidades físicas o enfermedades mentales, quienes fueron seleccionados para ser asesinados en “guardias pediátricas”, especialmente montadas con tal fin. De hecho, estas “guardias” eran manejadas por personal de salud, médicos y enfermeras, cuya función única era la de dar muerte a estos niños. Los métodos utilizados fueron las sobredosis de drogas, inyecciones, y la inanición. Más de 5.000 niños fueron asesinados en la primera fase del llamado programa de “eutanasia”. Este programa, luego expandido para incluir el asesinato de adultos, era conocido como la Operación T-4. Se construyó un sistema mediante el cual todos los pacientes institucionalizados eran registrados según fueran o no capaces de trabajar, hubieran recibido visitas, hubieran sido hospitalizados por cinco años o más, o hubieran padecido ciertas enfermedades psiquiátricas o neurológicas. Un panel de médicos expertos fue creado para examinar los formularios producto de estos registros, y a partir de los mismos – sin examinar a los pacientes- decidir a quién se debía dar muerte. Aquellos pacientes que eran seleccionados eran entonces cuidadosamente transportados hacia seis instituciones equipadas con peculiares instalaciones de gaseo. El gas elegido para las matanzas era el monóxido de carbono, y el mismo era liberado a través de falsos cabezales de ducha. Estas instituciones estaban compuestas por médicos y enfermeras cuidadosamente seleccionados. Toda la operación debía ser mantenida en secreto. Los certificados de defunción eran enviados a los parientes de las víctimas, alegando causas de muerte que eran en efecto ficticias, seleccionadas de un listado estandarizado y preestablecido.

Se estima que alrededor de 70.000 pacientes fueron asesinados por sus propios médicos en esta fase del programa de “eutanasia”. Todos los judíos minusválidos fueron aniquilados en los centros de matanza de la Operación T-4.

Inevitablemente, un sistema de engaño de tal elaboración resultó en la comisión de errores humanos, los cuales fueron descubiertos por las familias y sus sacerdotes. Esta situación llevó a que algunos sacerdotes encabezaran protestas, y a que se generaran disturbios en Alemania. En consecuencia, el programa de “eutanasia” fue oficialmente suspendido

por Hitler en 1941. Sin embargo, las matanzas no cesaron. Los médicos y otros empleados de los asilos de Alemania continuaron asesinando a sus pacientes de forma descentralizada en lo que se conoce como “eutanasia salvaje”, aún durante las semanas posteriores a la ocupación del área por parte de los Aliados.

Diversas investigaciones históricas han demostrado que, en su esfuerzo por depurar a la nación alemana de los “no aptos”, la comunidad médica nazi planeó cuidadosamente y ejecutó de forma solapada una operación que acabó asesinando a más de 200.000 personas.

Inicialmente, cuando los campos de concentración fueron construidos, carecían de la capacidad necesaria en términos de infraestructura para llevar adelante matanzas masivas, por lo que fue necesario implementar métodos para reducir el crecimiento de la población de los campos. El éxito del programa de “eutanasia” había convencido a los líderes del nazismo de que las matanzas masivas eran técnicamente viables, motivo por el cual los SS se dirigieron al personal empleado en la Operación T-4 para solicitar su ayuda en la materia. En la primavera de 1941 comenzó una nueva operación de aniquilación en las cámaras de gas de los centros de matanza relacionadas a la Operación T-4. Los internos de los campos que eran clasificados como enfermos por los médicos de los mismos eran enviados a las instalaciones de la Operación T-4, para que los médicos que allí trabajaban les dieran muerte, en el marco de la denominada operación “14f13”.

Se calcula que unos 20.000 internos de los campos perecieron durante los dos años y medio que duró este programa hasta 1943, momento en el que la necesidad imperante de trabajadores forzados le dio fin.

La siguiente expansión de la matanza “medicalizada” comenzó cuando el personal de T-4 fue contratado para dirigir los campos de exterminio de la “Operación Reinhard” en los sectores de Polonia ocupados por el Nazismo. Esta operación fue el nombre en clave empleado para designar a la aniquilación de la población de los guetos de judíos en Polonia de mayor prominencia, y probó un vínculo intrínseco entre la Operación T-4 y la “Solución Final”.

Los médicos fueron omnipresentes en los campos de exterminio, y “medicalizaron” el procedimiento, encargándose de las selecciones iniciales de los internos que llegaban en tren. Los métodos de matanza adoptados en los campos de exterminio fueron también adoptados de aquellos empleados por la operación T-4, y modificados acorde a las necesidades





de los campos. El personal del programa T-4 aconsejó y asistió en la operación de los campos de exterminio.

Los médicos se hicieron ellos mismos del material humano necesario para conducir la denominada “investigación científica” sobre los internos de los campos. Muchos de los institutos alemanes de investigación más prestigiosos, así como un gran número de médicos científicos, colaboraron con el personal de la Operación T-4, y posteriormente con el de los campos de concentración, quienes llevaban a cabo dichos experimentos.

La iniciativa de matanza, que comenzó en enero de 1940 con el asesinato por parte de los médicos de los sujetos más desvalidos, los pacientes institucionalizados, fue expandida en 1941 para incluir a los judíos, los gitanos, y otras minorías, y ya en 1945 había costado la vida de al menos seis millones de hombres, mujeres y niños.

### Referencias

1. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene: Medicine Under the Nazis* [*Higiene racial: Medicina bajo el nazismo*] (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1988).
2. Francis R. Nicosia, Jonathan Huenereds, *Medicine and Medical Ethics in Nazi Germany: Origins, Practices, Legacies* [*Medicina y Ética Médica en la Alemania nazi: Orígenes, prácticas, legados*] (Berghahn Books, 2002).
3. *Deadly Medicine: Creating the Master Race* [*Medicina mortal: creando la Raza Superior*] (United States Holocaust Memorial Museum, 2004)





# Parte 1: Los médicos nazis

## 1. La adopción del concepto de eugenesia por la medicina nazi

### 1.1 La eugenesia: la participación de los médicos en las decisiones sobre el valor de la vida humana

#### Caso de Estudio

En 1922, el psiquiatra alemán Dr. Hermann Pfannmuller se convirtió en miembro del Partido Nazi y en 1933 se unió a la SA (el grupo paramilitar nazi, también conocido como los “camisas pardas”). A mediados de los años 30 dirigió la oficina de Augsburg para la raza y la herencia. El Partido Nazi, reconociendo sus habilidades, lo utilizó como un conferenciante experto para educar al público alemán sobre la “Ley de Salud Hereditaria” desde la perspectiva de “política racial” y “medicina hereditaria”. El gobierno de Baviera nombró a Pfannmuller director de la institución mental de Elfling-Haar en 1938, posición que mantuvo hasta el final de la guerra. En 1939 presentó un informe ante la junta de análisis de los seguros públicos acerca del mantenimiento de la “vida no digna de ser vivida” en los hospitales estatales. Manifestó su opinión sobre la necesidad de “erradicar” a aquellos pacientes, con las siguientes palabras:

*“Como confesional sin ataduras y ferviente Nacional Socialista que dirige un hospital de salud mental, me siento en la obligación de influir favorablemente en la situación económica de las instituciones. En esta*

*posición, creo que es apropiado referirse claramente a nuestra necesidad como médicos de comprender la importancia de la erradicación de la vida indigna. Aquellos desafortunados pacientes que sólo viven una sombra de la vida de un ser humano normal, que se han convertido en perfectamente inútiles para la pertenencia social en la comunidad humana, en virtud de su enfermedad, cuya existencia es para ellos mismos, sus familiares y su entorno un tormento y una carga, deben ser sometidos a una erradicación rigurosa. Precisamente en estos días en que el sacrificio más pesado de la sangre y la vida les es demandado a nuestros hombres más valiosos, se nos enseña enfáticamente que no debería ser posible, por motivos económicos, llenar instituciones con cadáveres vivos por el bien de un principio más alto de atención médica que ya no resulta relevante. Para mí es inimaginable que la mejor juventud muera en el frente mientras que los incorregibles a-sociales y antisociales irresponsables tienen una existencia segura en nuestras instituciones”.* En el juicio posterior a la guerra en 1951, donde fue acusado de ser responsable del asesinato de los niños como parte del programa nazi de “eutanasia”, les dijo a los jueces: *“Para mí el término ‘Volkische’ [raza] significa nacional y el término ario significa que los alemanes deben estar a cargo. Solo los de ascendencia alemana pueden ser arios”.*

## **Referencias**

1. Henry Friedlander, *The Origins of Nazi Genocide. From Euthanasia to the Final Solution* [Los orígenes del genocidio nazi. De la eutanasia a la Solución Final] (The University of North Carolina Press, 1995).
2. Michael S. Bryant, *Confronting the “Good Death”. Nazi Euthanasia on Trial, 1945-1953* [Confrontando a la “buena muerte”. La eutanasia nazi en el banquillo, 1945-1953] (University Press of Colorado, 2005).

## **Antecedentes**

Siguiendo los descubrimientos de Charles Darwin al final del siglo XIX algunos científicos comenzaron a promulgar las teorías de las diferencias humanas como un hecho científico. Estos científicos concluyeron que las diferencias humanas eran hereditarias e inalterables. El término “Eugenesia”, acuñado por primera vez en 1881 por el científico británico Francis Galton, fue definido como la “ciencia de mejora de la raza humana mediante una mejor reproducción”. Los eugenistas creían que, así como las leyes de Mendel gobiernan la transmisión hereditaria de los ras-



gos humanos, como la ceguera al color, estas leyes también determinan la herencia de rasgos sociales.

A principios del siglo XX, las teorías eugenésicas comenzaron a ser solicitadas por los responsables de la política nacional, quienes hicieron una campaña para detener la “degeneración social” en la sociedad. Ellos vieron a los individuos con discapacidades mentales como una carga para la sociedad. Las sociedades eugenésicas y los centros de investigación sobre el tema fueron establecidos en muchas naciones de Occidente. Uno de los primeros líderes en este movimiento fue Estados Unidos.

En 1824 los americanos aprobaron la Ley de Inmigración, una normativa con base eugenésica que permitía la entrada de ciertos inmigrantes (los del noroeste de Europa y Gran Bretaña) y que se oponía a la aceptación de inmigrantes del sudeste de Europa, Medio Oriente y Asia. Otra solución a los problemas de la sociedad propuesta por los eugenistas fue la esterilización. Indiana fue el primer estado americano en promulgar la ley de esterilización en 1907, y para 1925 más de 20.000 esterilizaciones motivadas eugenésicamente habían sido realizadas en Estados Unidos. Otros países tuvieron programas similares. Por ejemplo, durante el mismo periodo de tiempo en Suecia fueron llevadas a cabo un número similar de esterilizaciones.

En Alemania, la eugenesia comenzó a conocerse como “higiene racial”. Luego de la derrota de Alemania en la Primera Guerra Mundial, científicos alemanes y responsables políticos comenzaron cada vez más a vincular la eugenesia con el nacionalismo y con la salud social de la nación. Muchos centros de investigación fueron fundados para estudiar el campo de la higiene racial. En 1920, un controvertido libro titulado “Permiso para la supresión de la vida indigna de ser vivida” fue publicado por un abogado, Karl Binding, y por un psiquiatra, Alfred Hoche. El libro plantea la pregunta de si frente a una emergencia extrema una nación puede realmente permitirse el lujo de sostener lo que ellos llaman “vida no digna de ser vivida”. Los autores argumentaron que la sociedad debe matar a los “idiotas incurables” así como también a los enfermos terminales y a los heridos graves, que los individuos deben tener el derecho de elegir morir en sus propios términos a través de un procedimiento indoloro administrado médicamente, y que los doctores que realicen este servicio no deben ser procesados. Este libro causó un considerable revuelo en Alemania, especialmente entre los psiquiatras. Estos propusieron teorías que fácilmente fueron adoptadas e implemen-

tadas por el Partido Nazi, cuya política nacionalista fue adecuada a estas demandas.

Con la asunción del poder en 1933, la higiene racial eugenésica comenzó a incorporarse dentro de sus políticas sociales y de salud. Estas estrategias fueron originalmente aplicadas a los discapacitados (con malformaciones físicas y enfermedades mentales), quienes eran considerados como una carga para el estado y “no dignos de vivir”. Las políticas luego fueron aplicadas a aquellas personas que eran racialmente diferentes (principalmente judíos y gitanos). La comunidad médica tuvo un rol central y esencial en los programas asesinos que fueron fundados en esta idea de exclusión y en las teorías eugenésicas raciales, incluyendo los programas de “eutanasia” y eventualmente la Solución Final.

### **Referencia**

Henry Friedlander, *The Origins of Nazi Genocide. From Euthanasia to the Final solution* [Los orígenes del genocidio nazi. De la eutanasia a la Solución Final] (The University of North Carolina Press, 1995).

### **Pregunta**

¿Existe hoy la eugenesia en Medicina? Si es así, ¿cómo podemos abordarla?

### **Discusión**

Eugenesia proviene de la palabra griega “eugenés” (eu- bien y genos-origen).

El término refiere al mejoramiento de la raza con el fin de generar una descendencia saludable. La Eugenesia es la ciencia que trata con todas las influencias que generan la calidad innata de la raza humana, particularmente a través del control de los factores hereditarios. Un programa eugenésico es una estructura de políticas públicas diseñadas con la intención de influir en la frecuencia o prevalencia de determinados genes en la población. La Eugenesia negativa es el intento sistemático de minimizar la transmisión de los genes que se consideran perjudiciales. La eugenesia positiva es el intento sistemático de maximizar la transmisión de los genes que se consideran deseables.

En el pasado, tal como ha sido demostrado en la Alemania Nazi, los Estados Unidos y otros países, varias características raciales se han utilizado para formular políticas eugenésicas, tanto negativas como positivas.



El razonamiento utilitario (funcional) fue la base de las políticas eugenésicas de los nazis. Los médicos nazis en particular, y la comunidad nazi en general, no consideraban que la vida humana fuera universalmente respetable. Sostenían, en cambio, la convicción que esgrimía que sólo la vida humana que generara valor a la sociedad debía ser respetada. Tales argumentos utilitarios (funcionales) a veces se hacen evidentes hoy en día. En el presente, con el aumento de los costos médicos, y el incremento de la presión financiera por parte de prestadores tercerizados, ya hay sugerencias de minimizar los programas de cuidado de la salud en ambos extremos del espectro de la vida humana, es decir los recién nacidos con malformaciones o enfermedades genéticas, y los ancianos o enfermos crónicos. Los recursos de los programas de salud están siendo agotados por las nuevas tecnologías, y los ancianos son particularmente vulnerables a ser discriminados desde un punto de vista económico. En el medio del espectro está el frecuente problema del tratamiento de la vida (y muerte) de los pacientes terminales, y la decisión sobre si deben ser resucitados o no.

El Proyecto del Genoma Humano ha abierto nuevas esferas de investigación. Se ha comprobado su utilidad en el cuidado clínico, permitiendo a los médicos utilizar el conocimiento del genoma humano para poder hacer diagnósticos de futuras enfermedades, al igual que para individualizar diversas terapias con fármacos. Actualmente, el asesoramiento genético se ha vuelto una parte integral de la medicina moderna. Comúnmente, las decisiones médicas basadas en la genética han tenido un fundamento relacionado a la eficiencia de costos. Puede resultar difícil para los médicos reflejar su preocupación objetiva en cuanto a cómo nuestras prácticas y acciones, particularmente en relación a los avances en la ciencia y la tecnología, sus aplicaciones en el asesoramiento genético y el cuidado clínico, pueden deteriorar a nuestros pacientes.

En el pasado, así como en los casos anteriormente mencionados, hemos visto cómo prácticas inocuas han sido distorsionadas para ser aplicadas como prácticas eugenésicas negativas, anulando los derechos y la privacidad de millones de individuos.

Hoy en día, algunas prácticas aceptadas (ej. diagnósticos y estudios prenatales) son consideradas por algunos como eugenesia negativa, y el intenso debate sobre estos temas continúa. Los médicos poseen el conocimiento y las habilidades pertinentes para hacer evaluaciones realistas, como por ejemplo respecto de la calidad de vida de un paciente. Sin em-

bargo, la evaluación final de la calidad de vida de uno, ya sea un diagnóstico prenatal o en la otra punta del espectro (con un anciano o un enfermo terminal), debe ser hecha sólo por cada paciente individual. En casos donde la persona no tiene la facultad de tomar la decisión, o ha previsto dificultades en hacerlo, la evaluación debe ser realizada por un familiar, o un reemplazo idóneo, si es requerido por el médico.

## 1.2 Esterilización eugenésica

### Caso de Estudio

Dorothea Buck nació en Alemania en 1917. En 1936, a la edad de 19 años, fue hospitalizada en el Asilo Von Bodelschwingsche, en Betel, y diagnosticada como esquizofrénica. En este asilo fue esterilizada sin su consentimiento. Además, no se le comunicó la verdadera naturaleza de su cirugía, y en su lugar una enfermera de la sala le informó que ella había sido sometida a una apendicectomía. Más tarde se enteró de la esterilización de otra compañera.

Hacia 1959, Dorothea sufriría cuatro episodios psicóticos adicionales, y nuevas hospitalizaciones. Con el tiempo se rehabilitó, convirtiéndose en una escultora. En 1961, después de enterarse durante el juicio a Adolf Eichmann sobre los programas de esterilización y eutanasia, Dorothea comenzó a investigar la historia de la esterilización y la eutanasia en la Alemania Nazi. Se pasó el resto de su vida enseñando, dando conferencias y escribiendo sobre los crímenes que se realizaron en las instituciones psiquiátricas. También se convirtió en una severa crítica de las esterilizaciones forzadas y la eutanasia, así como de diversos tratamientos para la psicosis.

### Referencia

Dorothea Buck, *“70 Years of Coercion in German Psychiatric Institutions, Experienced and Witnessed”*. [*“70 años de coerción en las instituciones psiquiátricas alemanas. Experiencias y Testimonio”*] Comunicación personal, 7 June 2007, Congress “Coercive Treatment in Psychiatry: A Comprehensive Review”, World Psychiatric Organization, Dresden, Germany.

<http://www.bpe-online.de/english/dorotheabuck.htm>





## Antecedentes

Antes de que el nacionalsocialismo tomara el poder, la esterilización quirúrgica era ilegal en Alemania. En los últimos años de la República de Weimar, que se caracterizaron por una severa depresión económica e inestabilidad política, la esterilización eugenésica surgió como una corriente popular de pensamiento entre los genetistas, economistas y políticos, así como los profesionales de la medicina.

Unos meses después de la llegada de Hitler al poder en 1933, los nazis aprobaron la “Ley para la Prevención de Descendientes con Enfermedades Hereditarias” (Ley de Esterilización) permitiendo la esterilización obligatoria bajo “indicaciones eugenésicas”. La profesión médica no sólo apoyó la política nazi, sino que lideró la campaña para su aplicación práctica. Muchos médicos previeron esto como una oportunidad para influir en la “regeneración” de la nación alemana, erradicando aquellos con “rasgos hereditarios biológicamente inferiores”, con el fin de “limpiar la reserva genética de la raza alemana”. De acuerdo con esta ley, un individuo podría ser esterilizado involuntariamente si, en la opinión de la Corte de Salud Eugenésica, sufriera de cualquiera de las muchas enfermedades “genéticas”. Estas incluyen “debilidad mental congénita”, esquizofrenia, demencia maniaco depresiva, epilepsia genética, enfermedad de Huntington, ceguera o sordera “genética” o alcoholismo severo. Se requirió a los médicos que recibieran una formación de “patología genética”, y una revista médica especial fue fundada para ayudarlos a determinar quién debía ser esterilizado y por qué métodos. La revista médica nazi, *Der Erbarzt*, fue fundada como un complemento de la prestigiosa revista alemana *Deutsches Arzeblatt*, en 1934. Este suplemento proporcionaba el foro para la discusión de los métodos, así como los criterios y fundamentos para el programa de esterilización nazi.

Entrada en vigor el 1 de enero de 1934, la Ley de Esterilización estableció un proceso legal y médico muy específico: los médicos estaban obligados a registrar cada caso de enfermedad genética, sin obtener el permiso del paciente, en los tribunales genéticos especiales. La corte genética contaba con tres miembros: un juez, un médico oficial, y un segundo médico calificado en materia de eugenesia. Entre 1934 y 1939, los tribunales ordenaron cerca de 375.000 operaciones, treinta y siete por ciento de las cuales fueron voluntarios, treinta y nueve por ciento involuntarias (contra la voluntad del paciente), y veinticuatro por ciento no voluntarias (consentimiento otorgado por un tutor). El inicio de la

Segunda Guerra Mundial en septiembre de 1939 hizo enlentecer el progreso de los tribunales. No obstante, se estima que hacia fines del año 1944 cerca de 400.000 personas bajo el gobierno del Reich alemán habían sido esterilizadas. En ese momento en muchos países existían programas de esterilización similares, incluyendo Estados Unidos, Suecia, Suiza, Noruega y otros. Estos programas tomaron como modelos de sus normativas las leyes de esterilización alemana. En Estados Unidos se promulgó la primera ley de esterilización obligatoria en Indiana en 1907 y al menos 28 estados tuvieron leyes que permitían la esterilización forzada. Hacia 1930 unos 15.000 hombres y mujeres estadounidenses habían sido esterilizados. Los nazis citaron al ejemplo estadounidense como una justificación para su programa.

En muchos países las leyes persistieron durante la década de 1970. Hoy en día todavía hay países en los que la esterilización forzada continúa vigente. En algunas resoluciones judiciales que tuvieron lugar recientemente en los Estados Unidos, precisamente en el Estado de Carolina del Norte, las autoridades se han pronunciado en favor de una clase de demandantes que fueron en el pasado esterilizados contra su voluntad y sin el debido consentimiento informado. Se espera que el Estado pague una compensación monetaria a estos pacientes.

### **Referencia**

Robert N. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine Under the Nazis* [*Higiene racial: Medicina bajo el nazismo*] (Harvard University Press, 1988).

### **Pregunta**

¿Es ético obligar a un paciente a someterse a un procedimiento de esterilización?

### **Discusión**

La esterilización involuntaria es una clara violación a la autonomía reproductiva de una persona y a los derechos humanos básicos. Esto es especialmente relevante en casos de personas con alguna enfermedad mental o discapacidades intelectuales. Las preguntas pueden ser planteadas respecto de hasta qué punto los derechos de los padres y tutores se extienden con respecto a sus dependientes con discapacidad mental. ¿Quién es responsable de los derechos médicos de los discapacitados mentales cuando se considera su salud reproductiva? ¿Es deber del médico decidir quién se be-



neficaría de un procedimiento que es esencialmente irreversible respecto de las futuras decisiones sobre la planificación familiar del afectado?

El programa nazi de esterilización forzada violó el derecho del paciente a la autodeterminación, la dignidad humana, la privacidad y la autonomía. Fue también una violación al principio de obtener el consentimiento informado para cualquier procedimiento médico, y además violó el derecho del paciente, o de sus representantes legales, respecto de las decisiones atinentes a la planificación familiar y la salud reproductiva.

Un procedimiento de esterilización es un procedimiento invasivo de permanente alteración en la vida. Pueden existir situaciones en las que la esterilización pueda producirse cuando los pacientes y/o tutores sean sido plenamente conscientes de la naturaleza y las consecuencias del procedimiento. En septiembre de 2011, la Asociación Médica Mundial y la Federación Internacional de Salud y Organizaciones de Derechos Humanos (IFHHRO) condenaron la práctica de la esterilización forzada como una forma de violencia que perjudica gravemente la salud física y mental de los pacientes y atenta contra sus derechos humanos. Indicaron que la esterilización voluntaria es un método anticonceptivo que debe estar disponible, accesible y asequible para todos los individuos, dentro de la gama completa de todos los métodos anticonceptivos alternativos. Las barreras a la esterilización, una vez que se ha tomado una decisión informada, deben reducirse al mínimo.

Si bien pueden existir casos en los que las esterilizaciones sean ética y médicamente apropiadas, la toma de decisiones debe basarse en los mejores intereses del paciente y no en los intereses de la sociedad o de otras partes.

## **2. El racismo y la medicina nazi**

### **2.1 El uso de la raza como un diagnóstico médico**

#### **Caso de Estudio**

En el libro de Saul Friedlander se discute un caso ocurrido en 1939 sobre una mujer alemana llamada M.

Ella quería casarse con un empleado gubernamental y para ello quería asegurarse de tener ancestros arios, teniendo en cuenta que el apellido



de su abuela materna era Goldman (apellido comúnmente judío), y esto podría despertar ciertas dudas al respecto. El examen “genético” pre-matrimonial fue realizado en el Departamento de Antropología y Genética del Kaiser Wilhelm (Berlín). El Profesor Otmar von Verschuer, un destacado físico y genetista, dirigía el Departamento. El Dr von Verschuer y los especialistas que trabajaban con él intentaban dar respuesta al siguiente interrogante:

“¿Puede la señorita M. ser descripta como no aria?, ¿Podrían los legos reconocerla como tal basándose en su actitud mental, su entorno y su apariencia física?”

La examinación “genética”, que se basó en fotos de los familiares de la señorita M y en sus características físicas, llevó a un resultado favorable: el reporte médico de este caso demostraba que se excluía cualquier signo de origen judío. Si bien la señora tenía una nariz angosta y altamente convexa en su perfil, el reporte concluía que había heredado su nariz de su padre y no de su abuela (que tenía un apellido judío, Goldman).

La señora M. fue declarada de raza aria.

## Referencias

Saul Friedlander, *Nazi Germany and the Jews. Volume 1. The Years of Persecution, 1933-1939* [La Alemania nazi y los Judíos. Volumen 1. Los años de persecución, 1933-1939] (Harper Perennial Publisher, 1998).

## Antecedentes

Luego de perder la Primera Guerra Mundial, muchos higienistas raciales y científicos alemanes culparon a los judíos y a los comunistas por la derrota de la nación, así como por muchas de las problemáticas sociales que afectaban país. Adolf Hitler estaba profundamente influenciado por los higienistas raciales alemanes, e incorporó sus ideas acerca de la raza en su libro *Mi lucha*. El ascenso de Hitler al poder permitió que los políticos, científicos y legisladores alemanes implementaran sus perspectivas raciales acerca de la sociedad. Si bien Hitler fue un gran catalizador en estos esfuerzos, los médicos y científicos jugaron un papel primordial y esencial.

El imaginario que ofrecía la biología jugó un papel fundamental en las políticas sociales nazis: los judíos y los gitanos eran percibidos como enfermos, como “bacilos”, como “abscesos” o como “parásitos”, que amenazaban a la “salud” de la nación. Las revistas de investigación médica



nazis, usando metáforas racistas en sus artículos, igualaban a los judíos y a los gitanos con la enfermedad. Estas metáforas racistas también eran promulgadas por el Estado en cada nivel de la sociedad y eran utilizadas en la educación, tanto de adultos como de niños, desde la escuela primaria hasta el nivel universitario.

Con el ascenso de Hitler al poder, la Asociación Médica Alemana incorporó el antisemitismo dentro de su doctrina, perpetuando la creencia de que los judíos padecían ciertas enfermedades, y desaconsejó la mezcla de sangre judía con sangre no judía. Los antropólogos y genetistas alemanes intentaron desarrollar técnicas para identificar características raciales en un individuo. La revista alemana de salud pública más importante de la época difundió artículos sobre cómo determinar la filiación racial. Los médicos caracterizaban a los judíos como faltos de higiene, con una tasa excepcionalmente alta de incidencia de enfermedades mentales y homosexualidad. Además, los gitanos eran identificados como “antisociales” que también debilitaban la pureza de la raza Aria y conducían a una sociedad degenerativa.

En otoño de 1935 Hitler firmó una serie de tres leyes conocidas como las Leyes de Núremberg, con el objeto de “limpiar” a la población alemana de aquellos elementos no deseados. Estas leyes incluían:

1. “Ley de la Ciudadanía del Reich”, que distinguía entre residentes y ciudadanos. Los ciudadanos eran aquellos que poseían sangre aria pura.
2. “Ley de protección de la sangre”, que prohibía el matrimonio y las relaciones sexuales entre Judíos y Arios.
3. “Ley para la protección de la salud genética del pueblo alemán”. Esta ley requería que las parejas se sometieran a un examen médico (“genético”) antes del matrimonio, para así determinar la salud genética de la futura pareja y su descendencia.

También se prohibía el matrimonio entre individuos que sufrieran alguna enfermedad venérea, debilidad mental, epilepsia o cualquier otra “dolencia genética” que estuviera especificada en la Ley de Esterilización de 1933. Aquellos que eran considerados genéticamente enfermos podían casarse entre sí, pero sólo tras haber sido esterilizados y de este modo garantizar que no tuvieran descendencia.

Tanto las Leyes de Núremberg como las Leyes de Esterilización fueron responsables de la expansión del poder y de las responsabilidades del servicio médico alemán. Miles de médicos, incluyendo higienistas

raciales, fueron contratados para proveer orientación a las parejas, siendo esto una parte integral de la salud pública alemana. Además, los peligros del mestizaje fueron ampliamente difundidos tanto en la prensa popular como en la literatura médica. Las leyes de Núremberg, principalmente administradas por médicos, fueron percibidas por la comunidad médica alemana como medidas de salud pública. Fueron vistas como leyes de salud y no simplemente como medidas antisemitas. Las publicaciones médicas alemanas aplaudieron estas leyes y publicaron artículos para ayudar a los médicos alemanes a implementar dichas políticas y leyes raciales. Los principales oficiales de salud de Alemania vieron la prevención de la degradación genética, junto a la prevención y eliminación del mestizaje racial, como partes de un programa de políticas responsables en salud pública.

En la literatura médica de aquellos tiempos no hay registros de que haya habido oposición a las Leyes de Núremberg. Con la expansión del poder de Hitler, el antisemitismo y el racismo explícito pudieron emerger en el marco de la profesión médica, en la medida en que se conectaban con la visión del Partido Nazi. Esta conexión derivó en una visión bio-médica que consistía en tres imágenes complementarias: 1) Los judíos y gitanos eran vistos como enfermedades que debían ser expulsadas del cuerpo político; 2) El pueblo alemán era visto como el paciente; y, 3) El Nacional Socialismo era visto como un médico, con Adolf Hitler ocupando el lugar de “Gran médico de la Nación Aria emergente”. Durante la Segunda Guerra Mundial, la medicina nazi se utilizó como una herramienta para justificar el anti-semitismo y el racismo. La revista oficial de la Asociación Médica Alemana emitió una columna regular durante los años de guerra denominada “Resolviendo la problemática judía”.

Con la ocupación alemana de Polonia en septiembre de 1939, los judíos definidos como “portadores de enfermedad” devinieron una justificación para la constitución de los guetos a lo largo de Europa Oriental. Los judíos fueron sistemáticamente transferidos a estos asentamientos bajo el pretexto de la cuarentena. Debido a que las condiciones en los guetos eran tan horribles, las epidemias infecciosas de hecho ocurrieron. Las estadísticas realizadas por revistas médicas alemanas apelaban a los indicadores de epidemias infecciosas en los guetos judíos, tales como el tifus, para luego denunciar a la “raza judía” como enfermedad en sí misma. Del mismo modo, los gitanos también fueron detenidos y reclusos en guetos o en campos de concentración, lo que también dio lugar a una



alta incidencia de enfermedades infecciosas. Tales epidemias, entonces, fueron utilizadas como una racionalización y una justificación para eliminar sistemáticamente (mediante el asesinato) a los judíos y a los gitanos en toda Alemania y en la Europa ocupada.

## Referencias

1. Michael H. Kater, *Doctors Under Hitler [Los médicos bajo las órdenes de Hitler]* (The University of North Carolina Press, 1989).
2. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine Under the Nazis [Higiene racial: Medicina bajo el nazismo]* (Harvard University Press, 1988).

## Pregunta

¿Cómo prevenir que las cuestiones raciales afecten a las decisiones médicas?

## Discusión

“Raza” es un término complicado, con una amplia variedad de definiciones. Algunos investigadores médicos creen que la raza es fundamental para el conocimiento de la descendencia, y que es esencial para la investigación clínica y biomédica. Si bien existe una preocupación respecto del posible uso indebido de la información racial y genética, estos investigadores sostienen que las afiliaciones raciales o étnicas de un individuo continuarán proporcionando información valiosa para los estudios epidemiológicos, así como para la investigación clínica y farmacéutica. Por el contrario, otros investigadores insisten en que las definiciones de raza y origen étnico no son sólidas, siendo estas cuestiones no más que subrogados imperfectos de los factores ambientales y genéticos múltiples en la etiología de la enfermedad, incluyendo orígenes geográficos ancestrales, el estatus socioeconómico, la educación, así como el acceso a la asistencia sanitaria.

Si bien los juramentos médicos y los códigos éticos varían de un país a otro (y a veces incluso dentro de un mismo país), tienen muchas características comunes, incluyendo el mandato ético que enuncia que los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud no deben discriminar a los pacientes o al personal médico sobre la base de raza, etnia, religión, clase, sexo, u orientación sexual. No obstante, a pesar de la existencia de estos códigos de ética, la raza y el racismo en la medicina continúan

afectando a la mayoría de las sociedades y también han sido implicados como causas de discriminación, prejuicios, marginación, e incluso sometimiento. Por ejemplo, en los Estados Unidos, se ha documentado que los negros, hispanos y nativos americanos a menudo reciben atención de salud de menor calidad que los blancos. Esta disparidad en general se le atribuye a los menores ingresos, cobertura de seguro inadecuada y la falta de médicos en las zonas de minorías. Todos estos factores pueden contribuir a aumentar las tasas de mortalidad y a disminuir las tasas de supervivencia entre las minorías, en comparación con los blancos que sufren de enfermedades de gravedad similar. Por otra parte, a las minorías a menudo se les niega un tratamiento avanzado, y son más propensas a recibir intervenciones médicas menos deseables que deterioran su calidad de vida.

A pesar de los puntos de vista opuestos en la actualidad respecto al concepto de raza y a la genética humana, la mayoría de investigadores y médicos asumen un compromiso común de buscar un mayor conocimiento y una mejor comprensión sobre el genoma humano para el cuidado de la salud de los individuos y las poblaciones. Al mismo tiempo, también existe una preocupación compartida por muchos respecto de los potenciales peligros, posibles concepciones erradas, y del potencial mal uso de lo recabado por este tipo de investigación genética. Históricamente, como en el caso anterior, se han producido muchos casos de abuso en la utilización de la así llamada ciencia “racial”. Por otra parte, la humanidad también tiene una larga historia de racismo, así como de abuso, sometimiento y esclavización de las minorías.

En la Alemania Nazi, el mal uso de los conocimientos sobre la medicina genética proporcionó la justificación de la profesión médica alemana para patrocinar y participar en programas criminales “en nombre de la salud y la ciencia”. Esta pseudo-ciencia basada en la ignorancia racial, percepciones erróneas y prejuicios era en gran parte responsable de la destrucción de ciertas partes de la población, especialmente de los judíos.

Una manera en la que la profesión médica podría protegerse mejor de los peligros del racismo sería obteniendo mayor educación sobre la conciencia racial y afianzando la comprensión cultural.

Deben incluirse cursos acerca de la relación entre el racismo, la genética y el estudio científico de la “raza”. Por último, en la larga y aún inacabada historia de la humanidad, los antecedentes de la mala utilización de la genética y de la medicina no deben ser olvidados, sino que deben





enseñarse a todos los estudiantes de medicina. Tales lecciones deben ser inculcadas en nuestros corazones, mentes y conciencias para que estos hechos sean menos propensos a ocurrir de nuevo. El dictado de cursos informativos, acompañados de un discurso crítico y reflexivo, ayudará a clarificar tanto el problema de la mala utilización de la información genética / racial, así como las mejores maneras de abordarlo.

## 2.2 El racismo dentro de la comunidad médica nazi

### Caso de Estudio 1: Los estudiantes

En 1935, Moshe Prywes era un estudiante judío de la Facultad de Medicina en la Universidad de Varsovia. El Senado Académico de la Universidad de Varsovia adoptó una legislación especial antisemita, para segregarse a los estudiantes judíos de sus pares arios. Se reservaron bancos separados en los salones de lectura para el uso exclusivo de los estudiantes que no fueran judíos. Los auditorios también fueron divididos en dos secciones – no judíos a la derecha y judíos a la izquierda. Esto fue conocido como el “gueto de los bancos”. Además, las pruebas o exámenes, las cuales previamente habían sido anónimas para el profesor, estaban ahora obligatoriamente marcadas de acuerdo a la creencia religiosa del estudiante. Esta política era común en otros campus universitarios de todo el Reich. Para contrarrestar el antisemitismo, Prywes, quien era la cabeza de la Asociación Judía de Estudiantes de Medicina, convocó una serie de reuniones de emergencia para discutir estas políticas y organizar una acción en respuesta a ellas. Los estudiantes judíos acordaron, después de un largo debate, negarse a ocupar los asientos que se habían apartado para ellos. En cambio, decidieron que iban a estar de pie formando una hilera en los escalones entre las filas, y tomarían nota mientras se apoyaban en los hombros del estudiante de adelante. Moshe Prywes, en su libro *Prisionero de la Esperanza*, observa:

*“Desde 1935 hasta el estallido de la guerra, clase tras clase, día tras día, año tras año, tal era la forma en que los estudiantes judíos realizaban sus estudios. En poco tiempo, la práctica se difundió y generalizó entre los estudiantes judíos en las universidades de toda Polonia. Casi con seguridad, nunca antes ni después, ha habido un espectáculo como el de los estudiantes “verticales” de Polonia.”*



## Referencia

Moshe Prywes, *Prisoner of Hope [Prisionero de la esperanza]* (Brandeis University Press, 1996).

## Caso de Estudio 2: Los Médicos

Lucie Adelsberger era una médica pediatra judío-alemana que trabajaba en el campo de la inmunología en el Instituto de Robert Koch en Berlín. Publicó al menos 15 trabajos entre 1924 y 1933 y fue socia fundadora de la Sociedad Alemana de Médicas Mujeres. En marzo de 1933, dos meses después del inicio del régimen nazi, la doctora Adelsberger y otros dieciocho científicos judíos del instituto fueron despedidos. Adelsberger fue confinada a ejercer su práctica en el ámbito privado, y ya no se le permitió llamarse a sí misma “doctora”. En su lugar, pasó a ser “asistente médica”. También se le negó la participación en el Plan Nacional de Seguro para la Salud, y en 1938 se le negó dar tratamiento a pacientes no-judíos. Fue deportada a Auschwitz en 1943.

## Referencia

Lucie Adelsberger, *Auschwitz. A Doctor's Story [Auschwitz. Historia de una médica]* (Northeastern University Press, 1995).

## Antecedentes

En marzo de 1933, cuando los nacionalsocialistas tomaron el control del Gobierno Alemán, diversos decretos antisemitas fueron impuestos inmediatamente por el nuevo régimen. La comunidad médica alemana, en complicidad con los nazis, avanzó en apoyo de las políticas antisemitas. En ese momento, entre un 13 y un 17% de los médicos en Alemania eran judíos, y en Berlín la cifra se encontraba entre el 50 y el 60%. En cuestión de semanas, los médicos judíos fueron despedidos de sus puestos de hospital en la mayoría de las ciudades alemanas.

En abril de 1933, la Ley de Servicio Civil fue aprobada. Esta normativa prohibió a los judíos y comunistas que ocuparan posiciones en el sector público, incluyendo el trabajo en el servicio médico. Las organizaciones profesionales y las compañías de seguros de salud también despidieron a los médicos judíos. En todos los niveles del gobierno, de la sociedad y en todos los ámbitos de trabajo se instó a que los médicos judíos fueran reemplazados por médicos arios. Hacia fines del año 1933 emergieron una serie de decretos legales y administrativos que prohibieron a los médicos



judíos el tratar con pacientes no judíos, el tener interacción profesional con colegas no judíos y el recibir títulos de grado de médicos. Para 1934, el 31% de los médicos judíos habían sido removidos de la práctica.

Las leyes de Núremberg, promulgadas en 1935, definieron legalmente a los judíos y los despojaron de su ciudadanía alemana. Les prohibieron la participación en la mayoría de los sectores de la sociedad alemana y conllevaron serias consecuencias para ellos en el ejercicio de la profesión médica. De este modo, la ordenanza médica del Reich de diciembre de 1935 estableció que no se concederían nuevas licencias a doctores judíos.

En 1936, la mayoría de las Facultades de Medicina les prohibieron a sus estudiantes judíos practicar exámenes ginecológicos en mujeres arias. Las decisiones con respecto a la aplicación de estas restricciones fueron elevadas a los directores de hospital responsables de las pasantes judías de ginecología. No estando habilitados para la práctica, muchos médicos judíos dejaron el país. La expulsión de judíos de las universidades y otros puestos hizo que se desocuparan un gran número de posiciones en las escuelas, las instituciones y las clínicas alemanas. Estas posiciones vacantes fueron rápidamente cubiertas con médicos alemanes jóvenes, locales, desocupados y arios.

En 1938, la aprobación de una nueva ley fue el golpe final para el ejercicio de la profesión médica por parte de los judíos en Alemania: la Cámara Médica del Reich les retiró la matrícula. Los médicos judíos ya no eran reconocidos como miembros de la comunidad médica y sólo tenían permitido tratar judíos con permiso especial. El título de Doctor les fue removido. Los médicos judíos, ahora sin título, serían conocidos de ahí en más sólo como “asistentes”.

Se estima que al menos el 25% de los médicos judíos alemanes fueron asesinados durante el Holocausto, y que el 5% murió por suicidio.

## Referencias

1. Michael H. Kater, *Doctors Under Hitler [Los médicos bajo las órdenes de Hitler]* (The University of North Carolina Press, 1989).
2. Saul Friedlander, *Nazi Germany and the Jews. Volume I. The years of Persecution, 1933-1939 [La Alemania nazi y los Judíos. Volumen 1. Los años de persecución, 1933-1939]* (Harper Perennial, 1998).

## **Pregunta**

¿Cómo podemos evitar los prejuicios raciales entre los profesionales de la medicina?

## **Discusión**

De manera creciente, la mayoría de nosotros vive y trabaja en sociedades multiculturales, tanto en términos de los pacientes con que tratamos, así como los colegas con los que estudiamos y ejercemos nuestra profesión. Si bien los médicos deben confiar en que sus progresiones de carrera se basarán únicamente en sus capacidades, hay evidencia en muchos lugares de que la raza puede ser una barrera para tal avance. La desigualdad de oportunidades es una preocupación que cada sistema de salud y todos los profesionales médicos deben tomar seriamente.

La discriminación por motivos de raza, género y discapacidad es inaceptable. La discriminación puede resultar en falta de motivación, frustración y reducción de la confianza. En muchos países el racismo existe en los sistemas médicos y a menudo es experimentado por médicos de minorías étnicas. Por ejemplo, se ha demostrado que los médicos de minorías étnicas, como grupo, experimentan peores términos y condiciones de servicio, así como peores oportunidades de progresión en sus carreras que otros médicos. La investigación también ha demostrado que la aceptación en las facultades de medicina es también un área donde se discrimina a los grupos minoritarios. Ciertas asociaciones médicas del mundo han impedido que médicos de diferentes grupos culturales se conviertan en miembros de las mismas.

El Código de Ética Médica de la Asociación de Médicos Norteamericana (AMA, en sus siglas en inglés) afirma que ningún avance profesional se le debería negar a un médico basándose en su raza, origen étnico o nacionalidad. La AMA alienta a las personas a reportar a los profesionales médicos ante las sociedades médicas locales cuando se sospecha que incurrir en discriminación racial o étnica.

La profesión médica debe demostrar liderazgo en la extinción del racismo y demandar que los procedimientos de selección se vuelvan transparentes y se basen en la competencia por sí sola. Una cultura de respeto y equidad debe desarrollarse de manera que todos los individuos puedan sentirse valorados y seguros de que serán juzgados sólo por sus capacidades.

Una de las formas en las que se puede tratar el racismo es incluyendo la discusión de la diversidad cultural y los prejuicios raciales (como en



el caso mencionado anteriormente) en el plan de estudios en las escuelas de Medicina.

### 3. Educación médica durante el nazismo

En 2010, la doctora Theresa M. Duello, mientras consultaba la biblioteca de la Universidad de Wisconsin-Madison, descubrió seis tesis de estudiantes alemanes de Medicina que fueron escritas entre 1937 y 1940. Estos trabajos académicos, escritos como requisito para acceder al título de grado de Medicina, detallaban los primeros cinco años de experiencia de los profesionales de salud con la esterilización de cientos de mujeres, llevadas a cabo en los hospitales alemanes.

La investigación de los estudiantes fue supervisada y aprobada por los médicos y los directores de las instituciones en las cuales la esterilización era realizada. Una tesis escrita en 1940 por Erich Bacher, oriundo de Würzburg, analizó los casos de 210 mujeres esterilizadas en la clínica ginecológica del hospital de la ciudad de Pforzheim. En su introducción, Bacher escribió:

*“es de fundamental importancia rebatir rápidamente cualquier oposición pública atinente a las medidas tomadas conforme a lo que dicta la ley, y establecer firmemente la idea de salud hereditaria en nuestra población”.*

Bacher también discutió las objeciones de los pacientes a ser operados contra su voluntad, así como el problema de hospitalizar pacientes esterilizados junto con otros pacientes en las salas. El estudiante describió dos de los casos donde las mujeres fueron esterilizadas:

*“En una familia, en la que el padre fue un alcoholístico y la madre débil mental, cinco de los siete hijos tuvieron que ser puestos al cuidado de una institución, porque tres de ellos tenían un alto nivel de debilidad mental y los otros dos eran idiotas. Una hija está casada. Un hijo tenía un nivel de inteligencia menor al promedio. La chica más joven está sobre la media y ha recibido varias veces premios en la escuela. La familia entera ya costó al sistema de cuidado del gobierno más de 50,000 marcos. En otro caso, el sistema de bienestar público tuvo que cuidar*

*de cuatro niños nacidos de padres separados. Estos chicos tienen cuatro padres diferentes. Los hijos son débiles mentales también. Esta familia tiene varias ramas, en las que se observaron muchos casos de debilidad mental y enfermedades mentales. Debido a las condiciones imposibles en el hogar, seis niños tuvieron que ser separados de su madre, que era débil mental, y puestos al cuidado de las autoridades locales. Dentro de esto, se probó que cuatro de ellos eran débiles mentales; dos niñas habían ya sido esterilizadas. El séptimo niño que la madre esperaba nunca nació gracias al Tribunal de Salud Hereditaria.”*

Otro estudiante, Storch, examinó 190 casos de esterilización llevados a cabo en el Hospital de la Ciudad en Speyer, y escribió

*“Estamos obligados por el deber como médicos a otorgar a las personas que están afectadas el mejor cuidado posible conforme a la ley. La cuestión más importante hoy en día es asegurar la vida. Sólo las futuras generaciones serán capaces de juzgar el verdadero resultado de la ley; sin embargo, nuestra tarea, ahora como siempre, continúa siendo reducir al mínimo los riesgos de las operaciones, y usar métodos que sean lo más confiables posible”.*

La totalidad de las seis tesis incluyeron documentación extremadamente detallada sobre los distintos procedimientos quirúrgicos realizados y las complicaciones médicas enfrentadas. No hay discusión sobre las cualidades a las que apelaron para validar y justificar tales procedimientos. Las tesis proclamaron la virtud de la Ley de Esterilización en su supuesta contribución al avance del pueblo alemán, y reconocieron a las políticas de eugenesia del tercer Reich como positivas para la Nación.

## **Referencia**

Theresa M. Duello, *Misconceptions of “Race” as a Biological Category: Then and Now [Las falsas ideas de la “raza” como categoría biológica: antes y ahora]*, in Sheldon Rubinfeld ed, *Medicine After the Holocaust. From the Master Race to the Human Genome and Beyond* (Palgrave MacMillan, 2010).

## **Antecedentes**

La Reforma Educacional fue una parte importante de la política médica nazi. En 1922 la Sociedad para la Higiene Racial demandó que la misma fuera considerada un campo de estudio obligatorio en el programa universitario alemán de Medicina. La Higiene Racial fue también



incorporada en los exámenes de medicina del Estado, los cuales fueron un requisito esencial para graduarse. Los cursos sobre Higiene Racial incluyeron materias tales como la investigación de grupos sanguíneos, mediciones antropológicas, investigación sobre gemelos, genética, genética criminal, ley racial y la medicina de guerra. Las facultades de Medicina hicieron menos énfasis en la investigación básica, modificaron la currícula clásica y acortaron el plan de estudios para producir más doctores para el estado Nazi.

A los estudiantes de Medicina, se les dijo que estos cursos eran esenciales para su educación profesional, la cual los prepararía para sus tareas como “consejeros maritales y guardianes de la constitución genética”. También se les dijo que debían ser entrenados como “soldados biológicos”; entrenamiento que involucraba educación militar y paramilitar, a fin de prepararlos para servir a la autoridad ideológica y militarizada del Estado.

Los estudiantes escribieron disertaciones sobre los diferentes programas médicos raciales. El entrenamiento racial fue también incorporado en los programas de posgrado para los médicos, con énfasis en la Medicina del Deporte, Medicina Orgánica y Medicina de Guerra.

### **Referencia**

1. Michael H. Kater, *Doctors under Hitler [Los médicos bajo las órdenes de Hitler]* (University of North Carolina Press, 1989).
2. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology Of Genocide [Los médicos nazis: homicidios médicos y psicología del Genocidio]* (Basic Books, 1986).

### **Pregunta**

¿Debería la educación médica estar afectada por la política o las políticas sociales?

### **Discusión**

A principios del Siglo XX, la educación médica alemana era considerada como una de las más avanzadas en el mundo. En 1910, luego de interiorizarse en el método alemán de enseñanza, Abraham Flexner produjo lo que se conoce como el “Informe Flexner”, el cual transformó la naturaleza de la educación en Medicina en toda América.

El informe señaló al conocimiento científico y a su avance como factores distintivos del espíritu del médico moderno. Este documento se con-

vertiría en la base para la educación en las escuelas de Medicina alrededor del mundo. En este sentido, puede decirse que la educación médica en la actualidad está basada de hecho en el sistema alemán.

No obstante, esto cambió drásticamente durante el periodo nazi. La educación en Medicina en la Alemania Nazi, y en consecuencia también sus estudiantes, fueron influenciados por el clima político que atravesaba al país en ese momento. Mientras esto mismo podría decirse de cualquier estudiante en cualquier momento, la diferencia radica en que en la Alemania Nazi a los estudiantes de Medicina se les enseñó que las políticas ideológicas raciales que sostenía el Estado eran formas aceptables de practicar la medicina y la ciencia. Se esperaba que los estudiantes se convirtieran en defensores de la agenda política y racial nazi, la cual era promulgada como “buena ciencia”.

En este contexto político altamente estructurado y presurizado, se hizo mucho énfasis en la obediencia, en la adherencia y lealtad a las agendas políticas de los líderes nazis. Se esperaba que estas creencias fueran también exhibidas por los estudiantes de Medicina.

En este clima político, la Ley de Esterilización fue justificada como una *buena ciencia* y política estatal. La misma fue un método empleado para “librar” a Alemania de que tuviera a futuro individuos “indeseables”, así como de todos aquellos que fueran considerados cargas para el Estado. Existía una convicción firme de que la “salud” de la Nación tenía prioridad por sobre el cuidado y el tratamiento de los individuos.

Las cuestiones éticas en lo atinente a estas leyes raciales no eran consideradas. En cambio, eran presentadas de manera tal que simplemente apoyaban la visión del mundo de los nazis. Esto puede ser visto como una política para lavar cerebros. Pero, ¿debería dicho lavado de cerebro ser parte de la educación médica? ¿No es el pensar crítico y reflexivo una de las premisas básicas para el desarrollo de una educación médica creativa y ética?

¿Cuáles son las metas de la educación médica? ¿La transmisión de conocimiento científico es suficiente para crear buenos médicos? ¿Debemos enseñar a los estudiantes a devenir médicos que se convertirán en técnicos al servicio de la ciencia, o médicos que pueden utilizar su conocimiento científico al servicio de los pacientes? ¿Los estudiantes de medicina (y los médicos) deberían convertirse en defensores sociales o políticos?





Los objetivos de la educación médica son muchos y el proceso de educación debe ser a largo plazo, siendo este un continuo aprendizaje que comienza con la escuela de Medicina y termina con el retiro de la práctica.

La educación médica debe inculcarle al estudiante estándares éticos personales que regulen su pensamiento y su comportamiento, fomentar el pensamiento crítico, y además debe prepararlo para que aplique el conocimiento científico a los fines de la prevención y la cura de enfermedades. La educación médica debe considerar en su totalidad el valor y el poder de las herramientas que se encuentran a disposición de los médicos con el fin de asegurar el bienestar social y la mejora en la salud. Los estudiantes deben tener un entendimiento de la salud que reconozca que los factores ambientales, sociales, comportamentales, físicos, económicos y políticos contribuyen significativamente al bienestar de los pacientes. También debe enseñarse a los estudiantes que los médicos tienen el poder y la autoridad suficientes en la sociedad como para convertirse en defensores influyentes en favor del bienestar de sus pacientes. Esto puede ser visto como un posicionamiento político en determinadas circunstancias, pero debe siempre tener presente la meta última del bienestar superior del paciente o del público en general.

## 4. Publicaciones médicas bajo el nazismo

### Caso de estudio

Una de las revistas más populares de medicina nazi en Alemania (cuyos editores imprimieron más de 100.000 copias) fue la “*Die Volksgesundheitswach*” (El observador de la salud popular). Durante el reinado del Reich esta revista era colocada en los consultorios para ser leída por los pacientes que aguardaban a ser atendidos.

El Dr. Eugen Stähle, neurólogo líder de la Asociación Nacional Alemana de Medicina y Director del Ministerio de Salud en el estado de Württemberg, escribió un peculiar artículo en 1934: “Sangre y Raza: Nuevos resultados de la investigación”.

Este artículo estaba enfocado en la importancia del uso de la sangre humana como herramienta para poder identificar la raza del sujeto. Señala:



“Al investigar a las distintas razas no debemos detenernos en la apariencia exterior del cuerpo o su morfología. Debemos ir más allá de eso y explorar las diferencias igualmente relevantes que han de ser encontradas en los órganos internos del cuerpo, las cuales reflejan las diferencias más profundas y fisiológicas entre las razas”

El Dr. Stähle también pidió a sus lectores lo siguiente:

“¡Imagínense si pudieran identificar esta diferencia (la atinente a la raza “no aria”) en un tubo de ensayo! Así no sería posible que un judío se escapara de su inminente detención, ya sea realizándose cirugías nasales, o bien mediante el cambio de nombre, de ciudadanía, ni evitando la circuncisión. Esto se debe a que uno no puede cambiar su sangre por otra”.

Años después, en 1939, el Dr. Stähle junto con un veterano de la Primera Guerra Mundial y un miembro del Partido Nazi establecieron un centro secreto de eutanasia en el Castillo Grafeneck, ubicado en el distrito de Münsingen. Este castillo se convirtió en un centro de asesinato de los débiles mentales en el marco del programa nazi T-4. Más de 10,000 niños murieron en menos de 2 años. El Dr. Stähle fue “contratado” por Adolf Hitler en 1943. Murió en la cárcel en 1948, al ser arrestado por su papel en el programa de Eutanasia, luego de que Alemania fuera vencida en la Segunda Guerra Mundial.

## Referencia

Robert N. Proctor, *Racial Hygiene: Medicine Under the Nazis* [Higiene racial: Medicina bajo el nazismo] (Harvard University Press, 1988).

## Antecedentes

Antes de que el nacionalsocialismo ascendiera al poder, la ciencia médica alemana fue una de las más activas e innovadoras. La prensa médica alemana jugó un papel vital en esta tradición. En 1933, poco después de que Adolf Hitler se convirtiera en Canciller, algunos líderes entre los médicos alemanes fusionaron las dos principales revistas médicas del momento en una nueva y única publicación, la *Deutsches Arzteblatt*. Esta publicación se convirtió en la revista oficial de la Cámara de los Médicos del Reich y de la Asociación de Seguros Médicos de Alemania. Esta consolidación marcó un punto de inflexión en el control de los nazis sobre la prensa médica alemana. Desde este momento, a las revistas médicas se les ordenó explícitamente que debían recibir la aprobación de las autoridades médicas nazis, las cuales estaban compuestas en su mayoría por



ideólogos leales con el nazismo. Así, la censura política prevaleció en todos los niveles del proceso de publicación.

Esto también marcó el inicio de una campaña para eliminar a los judíos, así como a los comunistas y a los socialistas, de la ciencia médica alemana. Los editores y los consultores de la prensa médica tendrían que ser sólo de origen ario-alemán, y fieles seguidores de la ideología nazi. El *Deutsches Ärzteblatt* anunció que la prensa médica alemana se iba a “purgar de influencias no alemanas”, con el fin de devolverle a la profesión un “pensamiento y un sentimiento alemán”. Las revistas médicas socialistas, con una larga e importante tradición en Medicina, también fueron prohibidas, al igual que cualquier publicación que mostrara puntos de vista disidentes respecto de la visión médico-política nazi.

A partir de 1933 y hasta el final de la guerra, innumerables artículos se publicaron en la prensa médica sobre la pureza racial, la higiene y la política sanitaria. Los mismos eran parte de una campaña impulsada por el gobierno que pretendía promulgar y saturar a la comunidad médica con posturas raciales higiénicas y otras políticas nazis. Por lo tanto, el objetivo de publicar contenidos académicos viró del afán de proporcionar información científicamente válida a apoyar y divulgar las políticas de Estado. Los manuscritos fueron aceptados para su publicación en base a su compromiso con el fomento de las políticas del nacionalsocialismo, en lugar de contemplar la calidad de la investigación. Revistas especiales, basadas en pseudo-ciencia, pro-arias, y con concepciones antisemitas, se establecieron y divulgaron entre los académicos y la población en general. Un tema de interés prioritario para la prensa médica alemana era inculcar a los lectores la importancia de la “pureza de sangre” para la raza aria y el Reich alemán. Estos artículos advirtieron sobre los peligros de la “sangre contaminada” que era “llevada” por los discapacitados, los enfermos congénitos, los judíos, negros y gitanos. El peligro de esta “mala sangre” para el cuerpo político fue utilizado más tarde como una justificación política y médica para la limpieza higienista y étnica.

## Referencias

1. Henry Friedlander, *The Origins of Nazi Genocide: From Euthanasia to the Final Solution* [Los orígenes del genocidio nazi. De la eutanasia a la Solución Final] (University of North Carolina Press, 1995).
2. Michael H. Kater, *Doctors under Hitler* [Los médicos bajo las órdenes de Hitler] (University of North Carolina Press, 1989).

3. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene: Medicine under the Nazis* [*Higiene racial: Medicina bajo el nazismo*] (Harvard University Press, 1988).

### **Pregunta**

¿Cuáles son los códigos éticos aplicables a la prensa médica?

### **Discusión**

Antes del período nazi, las revistas médicas alemanas estaban consideradas entre las publicaciones del género más prestigiosas del mundo, y las investigaciones que aparecían en ellas se consideraban de buena reputación. Esta situación cambió considerablemente después de que los nazis tomaron el control, no sólo de la escena política sino también de la prensa médica. La ética de la publicación médica se violó claramente cuando los conflictos de interés se presentaron entre la comunidad médica y la agenda política del estado Nazi. Una vez que los líderes médicos, académicos y los editores fueron cooptados por la agenda política nazi, no se publicaron en las revistas puntos de vista contrarios que expresaran preocupaciones respecto de la validez científica o del contenido de algunos de los artículos. Tal política claramente violó la ética, no sólo del periodismo médico, sino también del periodismo en general. Aquí se ve otro ejemplo de la relación enfermiza entre la medicina nazi y la política nazi.

La ética en la publicación es una base importante de la investigación científicamente válida. Es importante preguntarse no sólo si los resultados han sido publicados, y lo que estos resultados muestran, sino también por qué y cómo los resultados fueron recogidos, analizados y publicados. Hoy en día existe una gran preocupación acerca de los conflictos de interés en la investigación académica. Los conflictos de interés son aquellos que, cuando se revelan con posteridad, harían sentir a un lector razonable decididamente engañado. Estos conflictos pueden ser personales, comerciales, ideológicos, políticos o académicos. Los conflictos de interés surgen cuando autores, revisores o editores tienen intereses que no son completamente evidentes o aclarados de antemano, e influyen en qué autores y qué contenido se publica, así como el tiempo, el alcance y el método del proceso de publicación.

Hoy en día es ampliamente aceptado que la investigación médica debe pasar por una revisión por pares antes de su publicación. Por otra parte,



la publicación también debe tener en cuenta cualquier sesgo (ya sea real o potencial) debido a cualquier conflicto de interés. En general se espera que los editores den a conocer a los lectores sus propios conflictos de interés y los de sus equipos, familiares, consejos editoriales, gerentes y propietarios.

Del mismo modo en que el interés por la ética en la investigación condujo a la creación de Juntas de Revisión Institucional y al requisito de que las propuestas de investigación reciban la aprobación ética, la conciencia específica acerca de la ética en la publicación ha dado lugar a la creación de varias instituciones que procuran fomentar la adherencia a la práctica ética en las publicaciones. Cabe destacar entre estos grupos a la Asociación Médica Mundial de Editores Médicos (WAME), el Comité de Ética de publicación (COPE) y el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE), cuyos criterios de autoría han sido ampliamente adoptados.

Las violaciones de la ética en materia de publicaciones no están separadas, ni difieren de las violaciones de las normas éticas que rigen para el tratamiento de los sujetos en la investigación. Las revistas médicas deben estar ocupadas con el avance de los conocimientos médicos al servicio de la salud humana, en lugar de actuar como los brazos del marketing llevado a cabo por las industrias comerciales. Además, no deben utilizarse como instrumentos de promoción de ideologías políticas, a menos que sean acordes con los mejores intereses de los pacientes.

## **5. La lealtad dual de los médicos: Estado vs individuos**

### **Caso de Estudio**

El Dr. Hans Deuschl nació en 1891 en Grafing, cerca de Múnich. Estudió Medicina en Múnich, donde se unió a una fraternidad estudiantil. Al igual que su viejo amigo Heinrich Himmler (quien se convertiría en el líder de la SS), Deuschl fue influenciado fuertemente por el espíritu de esta fraternidad estudiantil, el impacto de la derrota alemana después de la Primera Guerra Mundial y su experiencia como luchador en el cuerpo de voluntarios de Baviera. Se identificó con el nacionalismo alemán a una edad temprana.

Como practicante de Medicina, el Dr. Deuschl avanzó en su carrera política como líder de la filial local del “Völkischer Block” [bloque nacionalsocialista] y en diciembre de 1924 fue candidato para el cargo de Alcalde de Grafing.

Se unió a la Liga Médica Nacionalsocialista (NSDAP) en septiembre de 1929 y a las SS en junio de 1931. Como miembro de las SS se le asignó la tarea de desarrollar y comandar a los servicios médicos de dicha fuerza que estaban bajo el mando de Heinrich Himmler. El Dr. Deuschl se convirtió en el director del diario de la NSDAP, e hizo declaraciones públicas de tinte político donde animaba a sus colegas médicos a unirse y servir a su país. Como presidente de la NSDAP, escribió:

*“Esta organización no sólo es una organización profesional de médicos, sino también una organización militar. Nuestros miembros son ante todo nazis y recién luego son médicos. Representan la Nación en su conjunto y deben dejar de lado sus propios intereses personales y convertirse en líderes que luchan por los intereses de toda la nación alemana”.*

El Dr. Deuschl también era un amigo cercano de la cabeza del NSDAP, el Dr. Gerhard Wagner. En 1935, Dueschl fue nombrado director de la Escuela “Führer” de Medicina en AltRehse.

## Referencias

1. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine under the Nazis* [Higiene racial: Medicina bajo el nazismo] (Harvard University Press, 2002).
2. Michael H. Kater, *Doctors Under Hitler* [Los médicos bajo las órdenes de Hitler] (The University of North Carolina Press, 1989).
3. Wilhelm Boes, Medical Doctorate Dissertation [German] “On the person and the importance of the medical practitioner, Dr. Hans Deuschl (1891–1953), with special focus on his career in the period of National Socialism.” [“Sobre el Dr. Hans Deuschl (1891-1953) como persona y su importancia como médico, con especial atención a su carrera en el período del nacionalsocialismo”]. [http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS\\_thesis\\_000000018876?lang=en](http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000018876?lang=en)

## Antecedentes

Poco después de la llegada al poder del Partido Nacionalsocialista en Alemania en 1933, las diversas asociaciones médicas alemanas fueron coordinadas y unificadas en una organización jerárquica denominada Liga Nacional de Médicos Nacionalsocialistas. Esta organización estaba



subordinada al Partido Nazi. En uno de los primeros discursos de Hitler previo a la creación de la Liga de los Médicos, anunció:

*“Sin ustedes, médicos nacionalsocialistas, no puedo seguir un solo día, ni una sola hora. Si no fuera por ustedes, si me fallaran, entonces todo estaría perdido”.*

La ideología del Partido Nazi se retrata a menudo según su forma de atraer a los médicos. En *Mein Kampf*, Hitler señala:

*“Cualquier persona que quiera curar esta época, que está enferma y podrida por dentro, en primer lugar debe reunir el valor para dejar en claro la causa de esta enfermedad.”*

Utilizando metáforas biológicas y científicas, el gobierno nazi definió a ciertos sectores de la población como una amenaza de contagio que podría “infectar” y debilitar al pueblo alemán. Los médicos debían ser los “guardianes” de la salud del estado alemán, y estar activos en la prevención y el tratamiento del “contagio infeccioso” cuando se producía. La figura principal en la organización médica era el Dr. Gerhard Wagner, quien era conocido como el “Führer de la Liga de los Médicos”. Wagner declaró lo siguiente:

*“La asistencia médica debería ser sustituida por el liderazgo de la salud; la medicina curativa debería ser sustituida por la medicina preventiva, y la higiene individual sustituida por la higiene racial”.*

Desde el punto de vista de Wagner, los médicos se convertirían en médicos de la Nación, pues ya no estaban obligados a ser los médicos de sus pacientes. A través de Wagner, otros líderes políticos y profesionales de la salud de ideología nazi, la profesión médica se alió totalmente con la filosofía política nacionalsocialista. Esta filosofía se basaba en principios raciales eugenésicos de higiene en los que la salud de la nación debía estar por sobre la salud del paciente.

Uno de los objetivos políticos de la Liga de los Médicos fue capacitar a los profesionales alemanes en las creencias del Partido Nazi. Una Escuela de Liderazgo (*Führer*) de Médicos Alemanes fue construida en Alt-Rhese, en Mecklenberg. Esta escuela era conocida como la “*escuela de carácter de los médicos alemanes*”. El Dr. Hans Deutschl fue el primer director de esta institución.

La misión de la Escuela *Führer* era complementar la formación médica tradicional con un nuevo énfasis en la formación personal de los médicos, para convertirlos en “líderes de la salud nazi”. Todas las conferencias de la misma eran impartidas por nazis de alto rango. La escuela,



organizada como un campo de entrenamiento militar, contó con clases sobre las políticas médicas nazis, la administración de la salud pública y la medicina holística. La ciencia genética y racial se convirtió en el foco central de las conferencias. Los residentes siguieron un estricto régimen de entrenamiento militar y labores manuales. En ese momento, las revistas médicas oficiales señalaron lo siguiente:

*“El nuevo médico en Alemania se ha convertido en algo más que aquel que cura a los enfermos; ahora es quien cura la salud genética y un líder de la salud del pueblo alemán”.*

A principios de 1936 cerca de mil médicos habían pasado por la Escuela. El mensaje de la institución se centró sobre todo en los médicos jóvenes que mostraran potencial para el futuro liderazgo político. Muchos de estos jóvenes médicos alemanes fueron atraídos por el Partido Nazi por su promesa que esgrimía que los nacionalsocialistas restaurarían el poder de Alemania. Otros pensaron que los nazis aumentarían el honor y la dignidad de la profesión médica. Por último, muchos médicos e investigadores jóvenes pensaban que el Partido Nazi era un medio para obtener puestos de trabajo superiores, mejores posiciones académicas, así como mayores y más lucrativas afiliaciones políticas y recompensas económicas.

Los médicos se unieron al Partido Nazi tempranamente y en mayor número que cualquier otro grupo profesional. En 1942, casi la mitad de los médicos alemanes eran miembros del Partido Nazi. Este número estaba muy por encima al de otras profesiones, como en el caso de los maestros o abogados.

## Referencias

1. Robert M. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine under the Nazis* [[*Higiene racial: Medicina bajo el nazismo*] (Harvard University Press, 1988).
2. Michael H. Kater, *Doctors Under Hitler* [*Los médicos bajo las órdenes de Hitler*] (The University of North Carolina Press, 1989).

## Preguntas

¿Dónde se encuentra el deber del médico? ¿Es responsable por su organización/afiliación política o debe poner a sus pacientes en primer lugar? ¿Qué herramientas tenemos disponibles para resolver los problemas de “doble lealtad”?





## Discusión

Los códigos internacionales actuales relativos a la ética médica en general exigen lealtad completa hacia los pacientes. En la práctica, sin embargo, los profesionales de la salud a menudo tienen obligaciones con otras partes además de sus pacientes. Es en el contexto de la competencia entre las obligaciones personales y profesionales que la doble lealtad puede surgir, específicamente entre las obligaciones profesionales clínicas para con un paciente y las obligaciones, expresas o implícitas, reales o percibidas, en relación a los intereses de un tercero.

La doble lealtad puede ser inevitable y asimismo, puede ser un lugar común en el trabajo de los profesionales de la medicina. Algunos ejemplos de este escenario podrían incluir a la familia de un paciente, la policía o autoridades carcelarias, una institución médica, como un hospital o una organización, un empleador, una compañía de seguros, el público en general, el estado o el ejército. El problema de la doble lealtad, por tanto, puede hacerse evidente en muchos entornos. Los conflictos resultantes de la doble lealtad potencialmente pueden dar lugar a violaciones de los derechos humanos en todas las sociedades, incluso en las que percibimos como más abiertas y libres. Sin embargo, estas violaciones son probablemente más grandes y de mayor prevalencia en las sociedades que carecen de libertad de expresión y de asociación, por ejemplo, donde las autoridades estatales exigen que los profesionales de la salud contribuyan a la supresión de la disidencia, como fue el caso en la Alemania Nazi.

Quizás uno de los ejemplos más notorios de doble lealtad surge entre los médicos y enfermeras militares. Habiendo jurado defender a su nación, a veces pueden encontrarse cometiendo actos que violan decididamente la ética en salud.

Muchas organizaciones profesionales de la salud y diversos estudiosos han identificado ciertos principios y pautas éticas para tratar los conflictos de lealtad dual. La Asociación Médica Mundial ha hecho varias declaraciones refiriéndose a sus políticas sobre los conflictos éticos de lealtad dual mediante las cuales los médicos están obligados a considerar en primer lugar la lealtad a sus pacientes. Sin embargo, se reconoce que, en ciertas situaciones, las necesidades de los demás prevalecerán sobre las de los pacientes a su cuidado. Cuando esto sucede, los médicos deben tomar todas las medidas apropiadas para mitigar cualquier daño a sus pacientes. Los médicos deben aprender a reconocer las situaciones en las que existe la doble lealtad, y estar al tanto de las normas éticas y profesionales provistas para ayudar a hacer frente a los dilemas resultantes.

## 6. La presión de la economía en la medicina

### Estudio de caso: La justificación económica para el Proyecto de “Eutanasia” nazi

El argumento de los nazis para la destrucción de “las vidas no dignas de ser vividas” no era simplemente una justificación eugenésica de la eutanasia, pues también se basaba en una justificación económica. Esto se debe a que ciertas categorías de enfermos planteaban una gran carga financiera para el Estado que se hacía cargo de ellos. En 1934, un representante de la Liga de los Médicos Nazis, el Dr. Heilig, publicó un artículo en una de las revistas médicas que circulaban, la *Deutsche Freiheit*. Heilig allí argumentó:

*“Debe quedar claro para cualquier persona que sufre de una enfermedad incurable que el derroche inútil de medicamentos costosos provenientes del gasto público no puede justificarse. Los padres que han visto la difícil vida de un niño lisiado o de débiles mentales deben estar convencidos de que, aunque puedan tener una obligación moral de cuidar a la desafortunada criatura, el público en general no debe ser obligado... a asumir los enormes costos que la institucionalización a largo plazo podría implicar”.*

El Dr. Heilig también indicó que no tenía ningún sentido para las personas “en el umbral de la vejez” recibir servicios tales como terapia ortopédica o implantes dentales, argumentando que dichos servicios deben reservarse para las personas saludables de la población. Los comentarios de Heilig eran típicos dentro de la profesión médica nazi, donde populares revistas sobre medicina e higiene racial comentaban los costos del mantenimiento de los enfermos a expensas de los sanos.

Sin embargo, tal argumento económico acerca del cuidado de las personas con discapacidad congénita y enfermedades crónicas no se planteó exclusivamente en la Alemania Nazi. Se esgrimió en otros países también. En 1927 el Juez Oliver Wendell Holmes, hablando en nombre de la mayoría de ocho hombres en el caso *Buck Vs Bell* del Tribunal Supremo de Estados Unidos, apeló a una ley de esterilización de Virginia, la cual prefiguraba algunos de los argumentos que los nazis esgrimirían poste-



riormente en relación a las cargas sociales que eran impuestas al Estado por el cuidado de las personas con discapacidad. Holmes escribió:

*“Hemos visto más de una vez que el bienestar público podría requerir las vidas de los mejores ciudadanos. Sería extraño si no pudiera recurrir a los que ya agotan la fuerza del Estado para estos sacrificios menores... con el fin de evitar que nuestro ser sea inundado con incompetencia. Sería mejor para todo el mundo si en lugar de esperar a aniquilar a la descendencia degenerada cometiendo un crimen, o dejarlos morir de hambre por su imbecilidad, la sociedad pudiera evitar que aquellos que son manifiestamente impropios y no aptos continuaran el desarrollo de su especie. El principio que sustenta la vacunación obligatoria es lo suficientemente amplio como para cubrir la ligadura de las trompas de Falopio. Tres generaciones de imbéciles son suficientes”.*

## Referencias

1. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine Under The Nazis* [Higiene racial: Medicina bajo el nazismo] (Harvard University Press, 2002).
2. Edwin Black, *War Against the Weak. Eugenics and America's Campaign to Create a Master Race* [La guerra contra los débiles. Eugenesia y campaña de Estados Unidos para crear una raza superior] (Four Walls Eight Windows, 2003).

## Antecedentes

La idea de esterilizar y luego “eliminar” (asesinar) sistemáticamente a los pacientes con discapacidades mentales ganó una amplia aceptación luego de la derrota de Alemania en la Primera Guerra Mundial. Los higienistas raciales aseguraban que el mantenimiento de los “defectuosos” fue un problema mayor durante la guerra, cuando el hambre era omnipresente. En ese momento, la mitad de los pacientes en los hospitales mentales alemanes fallecían por enfermedad o hambruna.

En 1920, el Dr. Alfred Hoche, profesor de Medicina, y Rudolf Binding, profesor de Derecho, publicaron su libro “Permiso para la destrucción de vidas no dignas de ser vividas”. Los autores argumentaron que el principio de “asesinato permitido” debería ser extendido a las enfermedades incurables. Afirmando que los pacientes psiquiátricos institucionalizados tenían “vidas que no merecían ser vividas”, concluyeron que su “eliminación” no era sólo tolerable, sino que también era humanamente

necesaria y que debería ser legalizada. Ellos favorecieron la finalización de las vidas de aquellos pacientes con enfermedades terminales, quienes reclamaban que tenían el derecho a una muerte poco dolorosa. También afirmaron que el derecho a vivir tenía que ser ganado y justificado, no sólo asumido dogmáticamente, y también que la vida humana estaba determinada, no simplemente por su valor para el individuo, sino también por su valor (y/o carga) para la sociedad.

Binding argumentó que estos pacientes enfermos eran “una terrible y dificultosa carga”, tanto sobre sus parientes como sobre la sociedad, “ocupando a una profesión entera de individuos sanos y causando una apropiación indebida de recursos humanos de valor”. Hoche reclamó que “era muy angustioso que generaciones enteras de enfermeras debieran estar sin hacer nada, junto a tales caparazones vacíos, muchos de los cuales vivirían hasta los 70 años o más”. Hoche no aceptó la obligación tradicional del juramento hipocrático de no hacer daño, y lo desestimó como “un juramento médico de la antigüedad”.

Los autores fomentaron, también, que las legislaciones protegieran a los médicos que practicasen la eutanasia en tales pacientes. El libro de Hoche y Binding impulsó un debate nacional sobre *cuándo, si es que fuera así alguna vez*, un médico poseía justificación para tomar una vida ajena. Durante 1930, los psiquiatras y otros pioneros higienistas afirmaron que los costos de mantener a los discapacitados debían ser reducidos. Esta racionalización económica fue también usada por los políticos para justificar recortes de presupuestos para esta población, lo que resultó en un deterioro de las condiciones del personal, mantenimiento, comida y tratamientos médicos disponibles para los discapacitados en los manicomios. Estos recortes de presupuesto tuvieron lugar al mismo tiempo que Alemania estaba reestructurando su economía e invirtiendo en su milicia. Los recortes, considerados “ahorros” por aquellos a cargo de las políticas, fueron aplicados a nivel regional y local en toda Alemania, creando déficits económicos, imponiendo una reformulación de las prioridades locales, y afectando negativamente a los hospitales y al bienestar público para los discapacitados en toda Alemania.

Algunos doctores de origen alemán se pronunciaron en contra de estas políticas de eliminación de prestaciones para la priorización económica, y se opusieron a su implementación. En una reunión en Munich en 1931, el Profesor Oswald Bumke, quien era psiquiatra, dijo:



*“Si la esterilización puede prevenir la ocurrencia de las enfermedades mentales, nosotros deberíamos aplicarla, pero no para ahorrar dinero para el gobierno, sino porque cada caso de enfermedad mental implica un sufrimiento infinito para el paciente y para sus familiares. Dar a conocer puntos de vista económicos no es sólo inadecuado, sino también rotundamente peligroso, porque la consecuencia lógica de un pensamiento que por motivos financieros admite que todos estos seres humanos, de quienes se podría prescindir por el momento, deberían de ser exterminados es una conclusión lógica bastante monstruosa. De ser así deberíamos entonces matar no sólo a los enfermos mentales y a las personalidades psicopatológicas, sino también a los lisiados veteranos de guerra, a todas las sirvientas ancianas que no trabajan, a todas las viudas cuyos hijos ya han terminado su educación y a todo aquel que vive de sus ingresos y pensiones. Eso seguramente ahorraría mucho dinero, pero la probabilidad indica que nosotros no lo haremos”*

Sin embargo, no fue hasta 1935 en el marco del Congreso del Partido Nazi en Núremberg donde se discutieron aquellos proyectos concretos para la destrucción de “las vidas no dignas de ser vividas” en toda Alemania. El defensor primordial del plan fue el Dr. Gerhard Wagner, uno de los médicos más prominentes de Alemania, y el Führer (líder) de la Liga Nacional Socialista de Médicos. Wagner argumentó que el dinero gastado en los sujetos “genéticamente inferiores” era a costas de las personas normales y sanas de la nación. Hacia el mismo momento, Hitler además informó a Wagner que la “eutanasia” sería puesta en práctica una vez comenzada la guerra.

Con el inicio de la Segunda Guerra Mundial, los argumentos económicos nazis para la eliminación de los discapacitados se hicieron más fuertes y tuvieron mayores precedentes. La carga económica colocada sobre el Estado para encargarse de los individuos “no dignos de vivir” fue contrastada con la de los soldados heroicos y sanos, quienes se sacrificaban por el bien de la patria. Además, durante la Operación Secreta del programa T-4 de “Eutanasia” donde los discapacitados mentales fueron sistemáticamente asesinados por toda Alemania y Austria, las estadísticas económicas fueron calculadas identificando los “ahorros” que percibiría el Estado por la eliminación de aquellos considerados “cargas” para la nación.

## Referencias

1. Henry Friedlander, *The Origins of the Nazi Genocide. From Euthanasia to The Final Solution* [Los orígenes del genocidio nazi. De la eutanasia a la Solución Final] (The University of North Carolina Press, 1995).
2. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine Under The Nazis* [Higiene racial: Medicina bajo el nazismo] (Harvard University Press, 2002).
3. George J. Annas and Michael A. Grodin eds., *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code. Human Rights in Experimentation* [Los médicos nazis y el Código de Nuremberg. Derechos humanos en la experimentación] (Oxford University Press, 1992).

## Pregunta

¿Cómo hace un doctor un balance para tomar una decisión médica, teniendo en cuenta el apoyo financiero y la ética médica?

## Discusión

La utilización del argumento económico por parte del nazismo con el fin de establecer programas de purificación racial es un ejemplo extremo de cómo los factores económicos pueden influir en las políticas médicas y en la toma de decisiones. Los pacientes discapacitados fueron asesinados, porque fueron considerados una carga financiera para el Estado. Sus muertes fueron resultado de las doctrinas sociales del nazismo, que promovían “la superioridad racial” y “la supervivencia del más apto”. El utilitarismo del régimen en general, y de la profesión médica en particular, permitió que estos pacientes fueran asesinados por el mal llamado “bien de la nación”.

Hoy en día, el principio de utilidad afirma que los profesionales de la salud deberían, en todas las circunstancias, esforzarse para producir el mayor equilibrio posible a favor de todas las personas afectadas (“rentabilidad”). En la asistencia médica el pensamiento utilitarista estipula que cada vez que haya una elección entre tratamientos diferentes, pero con igual índice de eficacia, los beneficios del paciente deberían maximizarse, y los costos y los riesgos minimizarse. ¿Es incluso en un mundo moderno de escasos recursos, cuando quienes brindan asistencia médica están presionados para minimizar los costos (y generar ahorros), realmente necesario que no se limite el gasto de recursos en algún grupo particular de pacientes o poblaciones?



En general la ética del discurso médico aceptado enuncia que la justicia es uno de los principios primordiales a los que los profesionales de la salud deben adherir. Uno de los derechos de los pacientes, conocido como Justicia Distributiva, es el derecho a un tratamiento justo, equitativo y apropiado. Pero en este ámbito las presiones económicas condicionan a los médicos a tomar decisiones que pueden estar basadas en una obligación económica más profunda que en una intervención tradicional intencionada para los mejores intereses del paciente.

En todo el mundo muchas sociedades se enfrentan a la pregunta de cómo proveer una asistencia médica de calidad e igualitaria, dentro del contexto de un aumento de costos y de escasos recursos. En tales debates es importante reconocer que algunas de las poblaciones más vulnerables (discapacitados mentales, enfermos crónicos, ancianos, entre otros) están en riesgo.

Surgen entonces varios interrogantes: ¿cómo deberíamos cuidar a los enfermos en nuestra sociedad? ¿Cómo deberíamos cuidar a los enfermos crónicos? ¿Hay un límite en la cantidad de fondos que podemos gastar en un paciente, o en un grupo de pacientes? ¿Hay una edad límite en la distribución de recursos o de tratamiento médico? Si fuera así, ¿dónde debería trazarse el límite?

En la práctica médica actual, los avances de la tecnología y de la ciencia, el incremento de los costos de la asistencia médica, junto a los cambios sociológicos, han fomentado un debate aún en desarrollo y la reevaluación de la relación médico-paciente. Puesto que los costos para la asistencia médica aumentan y el uso del racionamiento médico evoluciona deberíamos ser sumamente conscientes de las elecciones morales involucradas en este proceso.

Los médicos, más que cualquier otra profesión, están al frente de este debate económico, social y ético en nombre de los pacientes. Mientras que en virtud de su profesión y de su rol en la sociedad pueden encontrarse envueltos en una posición que denote conflictos por lealtades contrapuestas, por un lado hacia las necesidades de los pacientes y por el otro a las necesidades económicas (políticas y sociales) del Estado, los médicos deberían elegir abogar en nombre de sus pacientes. Si ellos y otros profesionales de la salud no lo hacen, ¿quién lo hará? Históricamente ya contamos el ejemplo inmoral y asesino de los médicos nazis, quienes demostraron lo que puede pasarle a una sociedad cuando sus profesionales fallan en su obligación de ser leales a sus pacientes.



# 7. Eutanasia

## Estudio de caso

En junio de 1942 el Dr. Adolf Wahlmann fue nombrado Jefe Médico en Landesheilanstalt Hadamar, un hospital para pacientes psiquiátricos y discapacitados en Alemania. Aún antes de la llegada de Wahlmann a Hadamar ya 10.000 pacientes discapacitados habían sido asesinados en la primera etapa del programa nazi de eutanasia, conocido como T-4. Hubo un período de calma en los asesinatos desde agosto de 1941, cuando el programa T-4 fue detenido, hasta agosto de 1942 cuando Wahlmann se convirtió en Jefe Médico.

La segunda etapa del programa, conocida como “eutanasia salvaje” comenzó en Hadamar. El Dr. Wahlmann creó un sistema que constaba de reuniones matutinas con sus enfermeras, con el fin de administrar el programa. En dichas reuniones Wahlmann y sus enfermeras examinaban los historiales clínicos de los pacientes. Luego, basándose en el análisis de los mismos, decidían si era preciso eliminarlos o no. La decisión final la tenía Wahlmann. Si daba su aprobación, dos enfermeras escribían el nombre del paciente en una hoja de papel notificando la cantidad de narcóticos que Wahlmann había especificado para causar la muerte del paciente (por ejemplo, el número de tabletas de Luminal –fenobarbital- o sedantes similares).

El papel en cuestión se entregaba a las enfermeras de planta, quienes lo usaban en calidad de autorización para matar a los pacientes seleccionados. Durante la noche a estos pacientes se les suministraban estas drogas en sobredosis. Si las tabletas no provocaban la muerte, se les administraba una inyección de morfina al día siguiente que definitivamente terminaba con la vida de los pacientes. Después de que el paciente fuera asesinado, Wahlmann realizaba una breve inspección del cadáver e inventaba causas y fechas falsas para el acta de defunción de la víctima.

Desde mediados de 1942 y hasta que Hadamar fue ocupado por las fuerzas norteamericanas en marzo de 1945, una cifra de 4.400 pacientes fueron asesinados en la institución, ya sea con una inyección letal o por sobredosis de drogas.

En el juicio del Dr. Wahlmann, ocurrido en Frankfurt en 1947, la Corte lo encontró culpable de homicidio y fue sentenciado a muerte.





## Referencia

Michael S. Bryant, *Confronting the “Good Death”. Nazi Euthanasia on Trial, 1945-1953* [Confrontando a la “buena muerte”. La eutanasia nazi en el banquillo, 1945-1953] (University Press of Colorado, 2005).

## Antecedentes

La ola legislativa ocurrida entre 1933 y 1936 identificó categorías de “vida no apta”, quienes se volverían los blancos de la política de exterminio nacionalsocialista entre 1939 y 1945. La justificación para eliminar gente “no apta para vivir” se derivaba de la visión biomédica nazi, la cual sostenía que los discapacitados y otros sujetos inválidos debido a enfermedades congénitas tenían genes contaminados [o irregulares], y por ende no eran aptos para vivir. La idea era que estos sujetos no sólo debilitaban a los genes arios, conduciendo a la degeneración de la sociedad, sino que también constituían una carga económica sustancial. Quienes elaboraban las políticas nazis sostenían que esta carga económica era demasiado costosa, y que la nación no podía afrontarla, sobre todo en tiempos de guerra.

A fines de 1938 y a principios de 1939, un pariente de un niño llamado Gerhard Herbert Kretschmar, que había nacido ciego, sin una pierna y sin una parte de un brazo, probablemente el padre, solicitó la eutanasia para el niño. Hitler ordenó a uno de sus médicos personales, el Dr. Karl Brandt, que consultara con los médicos del niño y los alentara a realizar la intervención si lo creían apropiado. Se les había prometido que quedarían exentos de cualquier acción legal que se pudiera tomar en su contra. Hitler encomendó entonces a los doctores Karl Brandt y Philipp Bouhler, el director de la cancillería alemana, a realizar las autorizaciones que ellos consideraran necesarias para casos similares.

Para fines de la década de 1930 miles de familias alemanas con parientes enfermos habían enviado peticiones a la cancillería de Hitler, pidiendo la eutanasia para sus seres queridos. El caso Kretschmar inauguró el “programa de eutanasia infantil”, el cual fue diseñado para matar a niños con discapacidades físicas o mentales. En el marco de esta secreta (e ilegal) iniciativa, los niños eran asesinados a través de la inanición o con medicación letal.

El procedimiento para llevar a cabo la matanza constaba de los siguientes pasos. Los recién nacidos y los niños minusválidos que no eran institucionalizados eran reportados por los respectivos médicos y parte-

ras. Los padres y/o tutores eran coaccionados a dejar a sus niños en una guardia médica para niños especiales. Las historias clínicas de estos, al igual que las de los demás niños institucionalizados, eran revisadas por un panel de médicos expertos que habían sido nombrados por médicos y oficiales de alto rango nazi. Los doctores que ocupaban un lugar en este panel, y que nunca habían visto o examinado a los niños, decidían sobre la vida o muerte de cada uno de ellos.

Los métodos de aniquilación se volvieron en sí mismos una base de experimentación e investigación científica para los médicos interesados en estos métodos. Los cerebros y otras partes del cuerpo de las víctimas eran usualmente enviados a centros académicos o médicos para investigación. Cuando los niños estaban cerca de su fin, los padres eran notificados con una carta estandarizada que decía que su hijo estaba gravemente enfermo. Estas cartas eran por lo general enviadas tarde, cerca o incluso después de la muerte del niño, por lo que los padres no tenían tiempo de visitar a sus hijos, muchos de ellos internados en hospitales que no eran de fácil acceso para visitas familiares. Algunas instituciones incluso prohibían las visitas de los padres (o tutores). Luego de que los niños fueran asesinados, los doctores alteraban las actas de defunción (causa y fecha de la muerte), las cuales luego eran enviadas a la familia. También se les informaba que, debido al peligro potencial de una epidemia, el cuerpo había tenido que ser cremado inmediatamente. En algunos casos, las cartas también decían que el grupo de médicos había tomado medidas heroicas para salvar al niño, pero estas no habían sido exitosas. Algunas veces, la muerte era reportada muchos meses después, para que la institución pudiera acumular gastos por el cuidado del paciente.

Se estima que alrededor de cinco mil niños fueron asesinados por inanición o sobredosis de narcóticos. Este programa era mantenido en secreto para limitar la oposición y las protestas entre el público alemán. Los pacientes eran asesinados sin su consentimiento o el de sus familiares o tutores.

Poco después de iniciado el programa de eutanasia infantil el método se expandió e incluyó minusválidos y discapacitados adultos institucionalizados. La definición nazi de eutanasia, matar a la “vida indigna de ser vivida”, fue aplicada a grandes grupos de adultos y niños minusválidos o enfermos crónicos. La oficina central del programa estaba situada en Tiergartenstrasse 4 en Berlín y la operación era conocida como T4. El Programa T4 evolucionó desde los protocolos de muerte del pro-



grama de eutanasia infantil. Posteriormente, los asesinatos eran realizados con gas. En un principio se usaba monóxido de carbono, pero también se experimentó con otros gases, incluyendo el Zyklon B (más tarde usado en Auschwitz y en otros campos de concentración). Fueron construidas cámaras de gas que usaban monóxido de carbono en instituciones específicas, mayormente en hospitales diseñados como centros de aniquilación. De una manera similar al programa de eutanasia infantil, los médicos a cargo del T4 falsificaron certificados de defunción. Por otra parte, los médicos realizaban autopsias y enviaban especímenes patológicos a institutos médicos en Alemania para investigaciones adicionales.

El programa de eutanasia infantil y el T4 eran el campo de experimentación para la “Solución Final”. La muerte por vía de gas, más tarde usada para asesinar millones de judíos y cientos de miles de gitanos, fue primero probada en disminuidos mentales y discapacitados alemanes. La muerte con gas fue planeada, probada, supervisada y autorizada por los médicos del T4.

Desde estos programas de eutanasia surgieron los protocolos, procedimientos, direcciones médicas y equipos que más tarde implementarían y supervisarían el asesinato de millones en los campos de concentración. Más de 70.000 personas fueron asesinadas en el periodo comprendido entre enero de 1940 y agosto de 1941 por la puesta en marcha del Programa T4.

El 24 de agosto de 1941 Hitler ordenó el cese del programa de eutanasia, debido a que se había vuelto demasiado público. La principal fuente de protesta pública provenía de los ministros alemanes protestantes y de sacerdotes católicos, una vez que descubrieron lo que estaba pasando en los hospitales de Alemania.

En realidad, el programa no finalizó, sino que se viró hacia una nueva etapa conocida como “eutanasia salvaje”. En esta fase la matanza comenzó a descentralizarse. La selección fue realizada por un gran número de doctores y enfermeras en diversas instituciones médicas en Austria, Polonia y Alemania, donde los procedimientos estaban incluidos dentro de la rutina hospitalaria normal. Los doctores utilizaban los mismos métodos de eutanasia que para los niños, y así asesinaban adultos inválidos por medio de la inanición o sobredosis de medicación. Otros enfermos mentales, particularmente aquellos en territorios ocupados por los alemanes, eran simplemente asesinados a balazos.

Durante la fase de “eutanasia salvaje” las categorías para la eutanasia se expandieron, incluyendo a quienes calificaran como “amenazas públicas”, criminales, “antisociales” y todo aquel que fuera considerado como “racialmente inferior”. Eran asesinados los alemanes con neurosis de guerra, tanto civiles como soldados, y también los trabajadores extranjeros de Europa Oriental que habían enfermado mientras realizaban trabajo esclavo para los alemanes. Aproximadamente 200.000 personas fueron asesinadas mediante el programa de “eutanasia salvaje”.

Para esta época los campos de concentración estaban llenos de inter-nos y fue iniciado un nuevo programa de exterminio, el llamado 14f13. Los doctores del campo, usualmente miembros de la SS, seleccionaron a las probables víctimas basándose en aspectos raciales y eugenésicos. La habilidad para trabajar de algunos era un factor decisivo en el proceso de selección. Una vez que estas víctimas eran seleccionadas, los médicos expertos del programa T4 concurrían a los campos para comprobar las selecciones de los doctores de la SS. En este punto, los campos no contaban con las instalaciones necesarias para el exterminio masivo, por lo tanto las víctimas eran transportadas a los centros de exterminio alemanes y asesinadas allí. Con posterioridad, las instalaciones de asfixia con gas, disfrazadas como duchas, fueron construidas en los campos de concentración, sirviéndose del consejo del equipo médico del T4. Entre diez mil y veinte mil personas fueron asesinadas en la operación 14f13.

Diversos historiadores del Holocausto consideraron que el programa de eutanasia infantil, el T4, el 14f13 y la “eutanasia salvaje” fueron los precursores del exterminio de millones de judíos europeos, gitanos y de muchos otros considerados “indeseables”.

## Referencias

1. Henry Friedlander, *The Origins of Nazi Genocide. From Euthanasia to the Final Solution [Los orígenes del genocidio nazi. De la eutanasia a la Solución Final]* (The University of North Carolina Press, 1995).
2. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide [Los médicos nazis: homicidios médicos y psicología del Genocidio]*(Basic Books, 1986).
3. Patricia Heberer, “*Exitus Heute in Hadamar*”: *The Hadamar Facility and “Euthanasia” in Nazi Germany. [“Exitus Heute en Hadamar”: Las justificaciones de Hadamar y la “eutanasia” en la Alemania nazi]*. (Doctoral Dissertation, University of Maryland, 2001).



4. Ulf Schmidt, Karl Brandt. *Medicine and Power in the Third Reich [Medicina y poder en el Tercer Reich]* (Hambleton Continuum, 2007).

### **Pregunta**

¿Cuál es la ética de la eutanasia y del suicidio asistido por médicos?

### **Discusión**

Originario del término griego “eu” (feliz o bueno) y “thanatos” (muerte), eutanasia significa literalmente “muerte feliz” o “muerte buena”. El Consejo de Asuntos Éticos y Judiciales de La Asociación Médica Americana (The American Medical Association’s Council on Ethical and Judicial Affairs) la define de la siguiente forma: *“La eutanasia es comúnmente definida como el acto de producir la muerte de una persona en sufrimiento e irremediamente enferma, de una forma relativamente rápida y no dolorosa, por razones de misericordia.”*

El uso del término “eutanasia” en el contexto nazi es, en esencia, una forma inapropiada del uso de esta palabra. Esto se debe a que el programa de “eutanasia” nazi fue diseñado para “liberar” a la sociedad Alemana de ciertos individuos que eran considerados “no dignos de vivir”. Muchos de estos pacientes no se encontraban en un estado de sufrimiento, y hoy en día probablemente ni siquiera serían considerados como incompetentes. Además, estas matanzas se realizaban sin importar que la persona fuera incompetente o no, sin consentimiento informado de los individuos y/o de sus familias o tutores. El método nazi de “eutanasia” de ninguna forma representaba la provisión de una “buena muerte”, como denota la palabra, sino más bien un programa sistemático de matanza sin ninguna misericordia mediante.

Actualmente, cuando se usa el término “eutanasia”, el mismo puede significar una variedad de cosas, dependiendo del contexto en el que se lo aplique. Por esta razón, se estableció un número de definiciones para llevar a cabo el debate sobre la eutanasia. Estos términos ayudan a clasificar y subdividir diferentes tipos de eutanasia. Algunos términos claves son: voluntaria/involuntaria y activo/pasivo.

La eutanasia voluntaria refiere a una muerte llevada a cabo por otro [un tercero] con el consentimiento de la persona que decide morir. Este consentimiento debe estar escrito, como en el caso de un testamento en vida, o como una directiva anticipada. La eutanasia involuntaria es la

provisión de la eutanasia para una persona incompetente, de acuerdo a la decisión de un subrogado o incluso de un médico.

La eutanasia pasiva implica dejar a un paciente morir por medio de la quita de los sistemas de soporte de vida artificial, tales como respiradores y tubos de alimentación, o simplemente por discontinuar los tratamientos médicos necesarios para mantener la vida. En contraste, la eutanasia activa incluye pasos explícitos para producir la muerte del paciente, comúnmente por medio de inyecciones letales. El derecho a la eutanasia pasiva también fue determinado como “derecho a la muerte”, y hay países que tienen leyes para proteger este derecho.

El suicidio asistido por un médico, el cual ocurre cuando un médico proporciona ayuda a un paciente para que el mismo pueda suicidarse, difiere de la eutanasia. Eutanasia y suicidio asistido se diferencian por el grado en que el médico, u otro cómplice, participan en la acción que lleva a la muerte. La eutanasia refiere a un médico, u otra persona, que lleva a cabo la acción de muerte inmediata. El suicidio asistido ocurre cuando un médico, u otra persona, le facilita al paciente la muerte por medio de proporcionarles los materiales y/o información necesaria para permitirle llevar a cabo el acto de quitarse la vida por sí mismo.

La Declaración sobre la Eutanasia de la Asociación Médica Mundial (The World Medical Association’s Declaration on Euthanasia), adoptada por la 38va. Asamblea Mundial de Medicina realizada en Madrid, España, en octubre de 1987 establece lo siguiente:

*“La eutanasia, que es el acto de terminar la vida de un paciente deliberadamente, aún a pedido del propio paciente o de sus familiares cercanos, no es ética. Esto no impide al médico respetar el deseo de un paciente para permitir que el proceso de muerte natural siga su curso en la fase terminal de la enfermedad.”*

La Declaración sobre el Suicidio Asistido por un Médico de la Asociación Médica Mundial (The World Medical Association’s Declaration on Euthanasia), adoptada por la 44va. Asamblea Mundial de Medicina realizada en Marbella, España, en septiembre de 1992 establece de mismo modo:

*“El Suicidio Asistido por un Médico, así como la eutanasia, no son procedimientos éticos y deben ser condenados por la profesión médica. Cuando la asistencia del médico es intencional y deliberadamente dirigida a dejar que un individuo se quite la vida, el médico está actuando de manera no ética. Sin embargo, el derecho a declinar la asistencia médica*



*es un derecho básico de un paciente y el médico no actúa de forma no ética aún cuando respetar tal deseo resulte en la muerte del paciente.”*

La Asociación Médica Mundial señala que las prácticas de eutanasia activa con asistencia médica fueron adoptadas dentro de las leyes de algunos países. Hoy en día, se hacen referencias al respecto en relación al programa nazi, y en las mismas se emplean analogías cuando se debate sobre la eutanasia y el suicidio asistido por un médico. De todas formas, no debería perderse de vista que el programa nazi en realidad nunca incluyó la eutanasia, si no que fue un asesinato lisa y llanamente.

## **8. El significado del juramento hipocrático**

### **Caso de estudio 1**

La Dra. Alina Brewda, una ginecóloga y obstetra judía, nació en Varsovia en 1905. En 1940 fue confinada al gueto de Varsovia y trabajó allí como médica. En la primavera de 1943 la Dra. Brewda participó en la Revuelta del Gueto Judío de Varsovia, cuidando a los judíos heridos y moribundos en bunkers escondidos, túneles secretos, sótanos y alcantarillas. Sobrevivió al levantamiento, pero fue capturada por la SS y deportada a Majdanek. Luego fue enviada a Auschwitz, donde se convirtió en la prisionera #62761.

En Auschwitz, la Dra. Brewda se enteró de los experimentos ginecológicos nazis que se estaban realizando. Como ella era una ginecóloga experimentada no tenía dudas de que se le pediría que realice estas operaciones. En sus memorias señala:

*“Ya sabía que algunas operaciones estaban siendo realizadas en niñas judías, y también que los Alemanes se habían enojado mucho cuando ella (haciendo referencia a una colega médica prisionera) se había negado a cooperar. Era muy probable que fuera a ser enfrentada con el mismo dilema. No soy del tipo heróico. Yo solo sé lo que está mal y lo que está bien. Siempre en el primer plano de mi mente he mantenido el juramento hipocrático que tomé cuando me gradué como doctora, y siempre traté de estar a la altura de ese estándar en todo lo que hice como profesional médica y como cirujana. Que me iban a disparar o mandar a la cámara*

*de gas si me rehusaba a cooperar era, por supuesto, posible.”*

Como había temido, la Dra. Brewda fue enviada a trabajar en el infame Bloque 10 (donde eran realizados los experimentos médicos de Auschwitz). Fue puesta a cargo del cuidado de pacientes, los cuales incluían a las jóvenes mujeres judías que habían sido obligadas a participar en los experimentos.

Aun cuando los experimentos eran secretos, su proximidad a las víctimas le permitió enterarse de detalles acerca de los crueles procedimientos, así como ser testigo de sus efectos desastrosos en los pacientes. En numerosas ocasiones los médicos alemanes Eduard Wirths y Horst Schumann le ordenaron que realizara operaciones experimentales. Ella se negó. En cambio, aunque no tenía suministros médicos y el equipamiento para tratarlas, hizo todo lo posible para confortar y ayudar a las indefensas víctimas. Asimismo, intentó buscar trabajos de baja categoría para sus pacientes para prevenir que fueran elegidas para los experimentos.

Como había hecho en el Gueto de Varsovia, la Dra. Brewda se unió al movimiento de resistencia clandestino en Auschwitz. Una de sus actividades era robar drogas del dispensario de la SS para sus chicas en el Bloque 10. Años después, una de sus pacientes describe el trabajo de Brewda:

*“Si no hubiera sido por la Dra. Brewda, yo no hubiera sobrevivido. Ella estuvo en el momento más importante de mi vida a mi lado. La recordaré hasta que muera. Durante la operación, hacia el final, quería vomitar y empecé a decir “¡oh Madre!” y la Dra. Brewda dijo: “la operación ha acabado, mi pequeña, se acabó” y todavía de nuevo, recuerdo a la Dra. Brewda sentada al lado de mi cabeza, como una madre.”*

Luego de la guerra la Dra. Brewda emigró a Inglaterra donde continuó su práctica ginecológica.

## **Referencia**

R.J Minney, *I Shall Fear No Evil. The Story of Dr Alina Brewda [No temeré ningún mal. La historia de la Dra. Alina Brewda]* (William Kimber and Co, 1966).

## **Caso de Estudio 2**

La Dra. Ella Lingens-Reiner, quien no era judía, nació en Viena en 1908. Ella tenía un doctorado en Derecho y estudió Medicina en la universidad local. Durante la guerra ella y su marido, el Dr. Kurt Lingens, ocultaron a





varios amigos judíos en su apartamento durante un período de varios meses entre 1941 y 1942. El 13 de octubre de 1942 la pareja fue detenida por ayudar a sus amigos judíos. Kurt Lingens fue asignado a una unidad de soldados que fueron enviados al frente ruso, como una forma de castigo por diversos delitos. Mientras estaba en el frente, fue seriamente herido. Inicialmente Elle fue encarcelada durante cuatro meses en una prisión de la Gestapo en Viena, interrogada varias veces, y luego deportada a Auschwitz, donde tuvo que trabajar como médica de los internos del campo.

En sus memorias, escritas en 1948, recuerda una conversación que tuvo con un médico nazi, el Dr. Fritz Klein:

*“En un principio él había mostrado cierta consideración hacia sus pacientes no judíos, lo que hacía que sus crueldades indescriptibles hacia los prisioneros judíos sobresalieran notoriamente. Le dije que me sentí avergonzada de ser vista como una más entre los alemanes. Él preguntó inocentemente: “¿Por qué?” Señalé a la chimenea del crematorio y respondí: “¿Cómo se puede llamar usted a sí mismo “médico”? ... La única pregunta aquí es: “¿Usted, cómo puede ser un médico sin respeto por la vida humana? ¿Cómo se puede conciliar eso con su juramento hipocrático como médico? El Dr. Klein de ninguna manera se mostró avergonzado. Sólo dijo: “Por supuesto que soy médico y quiero preservar la vida. Por respeto a la vida humana, quitaría un apéndice purulento de un cuerpo enfermo. Los judíos son el apéndice gangrenoso en el cuerpo de la humanidad.”*

La Dra. Ella Lingens-Reiner fue enviada a una de las marchas de la muerte de Auschwitz a Dachau, y logró sobrevivir a la guerra. Murió en Viena en 2002.

El 3 de enero de 1980, Yad Vashem (la autoridad en Israel del Recuerdo de los Mártires y Héroes del Holocausto) reconoció a los médicos Kurt y Ella Lingens como Virtuosos entre las Naciones.

## Referencias

1. Ella Lingens-Reiner, *Prisoners of Fear [Prisioneros del miedo]* (Victor Gollancz Ltd, 1948).
2. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide [Los médicos nazis: homicidios médicos y psicología del Genocidio]* (Basic Books, 1986).
3. Michael Grodin, *Historical Origins of the Nuremberg Code [Orígenes históricos del Código de Nuremberg]*, in John J. Michalczyk ed, Me-

dicine, *Ethics and the Third Reich: Historical and Contemporary Issues* (Sheed and Ward, 1994).

### **Preguntas**

¿Cuál es el significado del juramento hipocrático? ¿Sigue siendo el juramento hipocrático relevante hoy en día?

### **Discusión**

El médico griego Hipócrates (460-377 B.C) es considerado tradicionalmente como el fundador de la medicina científica y la ética médica. El Juramento Hipocrático, tomado primeramente por médicos antiguos y medievales, requiere altos estándares éticos de los doctores de Medicina. Incluso hoy en día sus principios son considerados importantes en la educación profesional y en la ética de los médicos.

La toma del juramento hipocrático se produce en un momento crucial en el desarrollo de los médicos. En dicho acto se establecen las bases para su carrera profesional y para su futuro cuidado de pacientes. Mientras que el juramento no es legalmente vinculante, se reconoce como un momento crítico en la vida de los médicos. Es un símbolo de la importancia personal, de la solemnidad comunitaria, y un compromiso de por vida para el cuidado ético y compasivo de los pacientes. Al tomar el juramento los médicos siguen los pasos de Hipócrates y de muchas generaciones de médicos que les precedieron, así como las futuras generaciones de médicos que les seguirán. El juramento hipocrático ha sobrevivido durante siglos. Ha superado la prueba del tiempo, ya que se refiere directamente a la naturaleza intrínseca de la medicina, así como a sus mandatos éticos. A pesar de que su lenguaje puede parecer pasado de moda, sus preceptos son tan válidos hoy como lo fueron en los tiempos de Hipócrates.

El impacto del juramento hipocrático en la práctica médica es reconocido universalmente. Sin embargo, algunos médicos siguen planteando preguntas acerca de su validez, y algunas escuelas de medicina ya no lo usan en las ceremonias de graduación. Además, se han escrito nuevas versiones en un intento de actualizarlo y hacerlo más relevante para los médicos de hoy en día. Algunas personas afirman que actualmente el juramento hipocrático es insuficiente para hacer frente a las realidades de la medicina moderna, y que debe ser radicalmente modificado o abandonado por completo. Sin embargo, la mayoría de los médicos, así como el público informado, probablemente sostengan que la profesión de los



médicos debe incluir un compromiso con los principios hipocráticos de la curación y de no causar daño (incluso si estuviera actualizado o modernizado).

Los casos anteriores demuestran cómo los diferentes médicos pueden percibir los principios del Juramento. La influencia de los valores políticos y culturales de una sociedad puede ser reconocida por dos formas muy diferentes de abordar al juramento. La perspectiva de los médicos prisioneros, transmitida a través sus testimonios, era la que representaba a la práctica ética en general. Ellos vieron al juramento como símbolo de sus códigos morales personales y profesionales. Incluso en la más difícil de las circunstancias estos médicos prisioneros en su mayoría lograron cumplir con estos principios en el campo de concentración.

No obstante, por otro lado la opinión de los médicos nazis acerca del juramento representó un retorcido sentido de los valores éticos médicos, el cual colocaba una mayor prioridad en los objetivos raciales y en las políticas nazis, ubicándolos por encima de los seres humanos y los pacientes. El punto de vista y los valores de estos médicos nazis reflejaban la ideología y la conducta de la medicina nazi en general. Robert Lifton en su libro *Los médicos nazis* nos dice que los doctores de las SS tomaron un juramento de lealtad a Hitler como oficiales militares de las fuerzas. Este juramento reemplazó el juramento hipocrático tradicional, que fue percibido como poco más que un ritual distante y apagado que había sido realizado en las graduaciones de la escuela de Medicina.

Hoy en día no es certera la influencia que tiene el juramento en los médicos en su práctica cotidiana de la Medicina. Algunos estudios han demostrado que sólo un pequeño porcentaje de los médicos creen que el Juramento que tomaron en la Facultad de Medicina ha influido en sus prácticas.

Los estudiantes de Medicina deben tener la oportunidad de analizar el contenido del juramento hipocrático y la forma en que sus valores están relacionados con situaciones concretas de la práctica médica pasada y presente. Al aprender acerca de las limitaciones identificadas en el juramento de Hipócrates y en otros juramentos y códigos pertinentes, se permitirá que el estudiante pueda apreciar el valor de los principios antiguos y tradicionales que han apoyado e inculcado la ética y las prácticas médicas a través de los siglos.

En palabras del Dr. Andrew Ivy, uno de los peritos médicos primarios en el juicio a los doctores en Núremberg en 1947:



*“La responsabilidad moral que controla o que debería controlar la conducta de un médico debe ser inculcada en las mentes de los médicos al igual que otros tipos de responsabilidad moral, y esos principios están claramente representados o enunciados en el juramento hipocrático, con el que cada médico debe estar familiarizado. Según mi conocimiento, el mismo representa la regla de oro de la profesión médica. Recoge la forma en la que a un médico le gustaría ser tratado por otro médico en caso de que esté enfermo. Y de esa manera indica cómo un médico debe tratar a sus pacientes o sujetos experimentales. Él debe tratarlos como si él mismo estuviera sirviendo como sujeto”.*

## **9. Investigación médica**

### **9.1 Confidencialidad médico-paciente**

#### **Estudio de caso**

Helene Lebel, criada como católica en Viena, Austria, mostró por primera vez señales de enfermedad mental a los diecinueve años. Su condición empeoró y tuvo que dejar sus estudios de Derecho y su trabajo como secretaria legal. En 1936 le diagnosticaron esquizofrenia y fue internada en el Hospital Psiquiátrico Steinhof de Viena. En marzo de 1938 Alemania anexó Austria a su territorio. La condición de Helene había mejorado en el hospital, y sus padres habían sido informados de que pronto se la trasladaría a un hospital más cerca de donde se encontraba la familia. En lugar de eso, Helene fue transferida a una ex prisión en Brandemburgo, Alemania, donde la desvistieron, la sometieron a un examen físico, la condujeron a un “cuarto de baño” y la mataron con gas letal.

#### **Referencia**

<http://www.holocaust-trc.org/lebel.htm>

#### **Antecedentes**

En agosto de 1939 los nazis crearon una organización llamada “Comité del Reich para la Registración Científica de Enfermedades Hereditarias Severas”, la cual hizo circular un decreto estrictamente confidencial titulado “Requerimiento de Reporte de los Recién Nacidos Deformes”. La directiva establecía que “para clarificar cuestiones científicas en el



campo de las malformaciones congénitas y retrasos mentales, se requería anotar en un registro a todos los niños menores de tres años de edad que sufrieran alguna de las siguientes enfermedades hereditarias graves: idiocia, síndrome de Down, microcefalia, hidrocefalia, malformaciones físicas y distintas formas de parálisis espástica.

Tanto las parteras como los médicos estaban obligados a reportar dichos casos. Los médicos de cada distrito eran responsables de certificar aquellos reportes y el Jefe Médico de cada clínica de maternidad debía ser notificado de que aquellos reportes eran requeridos por el Reich. El formulario requería tanto información demográfica, como así también una descripción detallada de la enfermedad, las visitas y estancias en el hospital, la expectativa de vida y las posibilidades de mejora. Luego, los cuestionarios se profundizaron para incluir, además, otros detalles del paciente y de la historia familiar, incluyendo condiciones hereditarias, uso de alcohol y nicotina, detalles del desarrollo físico y mental, así como también descripciones de los casos de convulsiones.

El vocabulario utilizado en los cuestionarios llevó a muchos médicos a creer que los niños afectados estaban únicamente siendo registrados para cuestiones estadísticas y de investigación médica. En ningún momento el decreto reveló los motivos reales del requerimiento de reportar los casos de niños discapacitados. Las órdenes de registro de dichos casos eran publicadas en muchos diarios médicos, y los médicos y parteras que cumplían con estas órdenes recibían un pago por cada caso.

Los formularios eran enviados al Comité del Reich en Berlín, donde eran analizados por burócratas y luego enviados a tres expertos médicos: el Profesor Werner Catel (profesor de Psiquiatría), el Dr. Ernst Wentzler (un psiquiatra pediátrico), y el Dr. Hans Heinze (Director del instituto “Gorden State”). Estos tres médicos eran comprometidos impulsores de la “eutanasia” y miembros del Comité de Planificación del Reich. Par justificar sus decisiones médicas tenían como fundamento únicamente unos cuestionarios que se respondían sin examinar a los niños, ni consultar a sus padres o tutores, e incluso sin leer sus historias clínicas. Los niños seleccionados para morir eran marcados con un signo más (+); aquellos a los que se les “permitía” vivir se los marcaba con un signo menos (-). Los niños a los que se marcaba con un signo “+” eran transferidos a alguna de las veintiocho instituciones que habían sido rápidamente equipadas con maquinaria de exterminación. Estos centros de asesinato incluían a algunos de los hospitales más antiguos y con mejor reputación de Alemania.

A los padres se les explicaba que el traslado era necesario para mejorar el tratamiento de su hijo/a.

### Referencias

1. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide* [*Los médicos nazis: homicidios médicos y psicología del Genocidio*] (Basic Books, 1986).
2. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine under the Nazis* [*Higiene racial: Medicina bajo el nazismo*] (Harvard University Press, 1988).
3. Henry Friedlander, *The Origins of Nazi Genocide. From Euthanasia to The Final Solution* [*Los orígenes del genocidio nazi. De la eutanasia a la Solución Final*] (The University of North Carolina Press, 1995).

### Pregunta

¿Cuál es el significado de la confidencialidad médico-paciente?

### Discusión

La confidencialidad no es solamente un principio ético en sí mismo, pues puede ser vista como un deber del médico para con sus pacientes. En esencia, el deber del médico de mantener la confidencialidad significa que el profesional no puede revelar la información médica expresada por un paciente, así como tampoco puede revelar aquella información descubierta por el propio médico durante el tratamiento con dicho paciente.

En general, los códigos éticos de Medicina afirman que la información divulgada a un médico durante el transcurso de la relación médico-paciente es confidencial en su grado máximo. El propósito del deber ético del médico respecto de la confidencialidad ante el paciente permite que el propio paciente pueda sentirse libre de revelar de manera honesta y completa toda la información atinente a su condición, con el conocimiento de que el médico protegerá el carácter confidencial de su relato. A cambio de la honestidad del paciente, el médico tiene la obligación de no revelar comunicaciones confidenciales o información sin que el paciente haya expresado su consentimiento, a menos que así sea requerido por la ley.

Existen algunas excepciones a la regla, como por ejemplo cuando un paciente es una amenaza de riesgo para sí o para terceros. En algunos países hay leyes ya establecidas que demarcan la obligación de los mé-



dicos y de otros proveedores de atención médica de realizar reportes con el fin de informar al Departamento de Salud y a las agencias policiales sobre los pacientes con ciertas condiciones médicas, o con lesiones que se sepa o se sospeche que han sido producidas como consecuencia de mecanismos de acción nefastos. El primer grupo incluye a pacientes con convulsiones, lapsos de ausencia de conciencia, enfermedades infecciosas, y también a los sospechosos de conducir en estado de embriaguez. El último grupo incluye a las víctimas de abuso de menores, abuso sexual o violencia doméstica, y a pacientes con lesiones producidas por incidentes violentos en general. El incumplimiento de estas leyes puede tener consecuencias penales o civiles.

Las leyes que establecen la obligatoriedad de realizar informes presentan un conflicto cuando el paciente no quiere que su condición sea reportada. En circunstancias tales como convulsiones, pérdidas de conocimiento, o VIH de un cónyuge u otra pareja sexual el argumento al que se apela es que el deber de proteger a otros miembros de la sociedad anula el interés del paciente en tanto individuo. Por lo tanto, los principios de beneficencia y justicia anulan los principios de no maleficencia, autonomía y confidencialidad. Si bien esto se suele justificar a menudo, así se coloca al médico en la indeseable posición de servir como un agente del Estado, en lugar de obrar para el bienestar del paciente. Incluso, esto podría disuadir a algunos pacientes de buscar atención médica.

En la actualidad, con los avances tecnológicos que hacen a la disposición de las historias clínicas en forma informatizada, el acceso a la información confidencial se ha vuelto más frecuente. Un desafío actual para médicos es el uso de esta nueva y evolucionada tecnología, sin dejar de honrar y respetar la confidencialidad del paciente.

Los médicos nazis violaron la obligación de confidencialidad médico-paciente cuando expusieron a sus pacientes ante terceros, sin el consentimiento de los pacientes o de sus tutores legales. La información médica, que se suponía con carácter confidencial, era utilizada en contra de los pacientes sin su conocimiento en tanto era revelada al Estado, lo cual llevó a que se los asesinara en función de las “necesidades utilitarias” del mismo.

Inicialmente, algunos de los médicos pueden no haber estado al tanto acerca del propósito real o final de estos informes. Sin embargo, obedeciendo a aquello que se considera aceptable para los médicos, cuya tradición profesional acerca de la confidencialidad es de larga data, deberían

haber puesto en tela de juicio el razonamiento detrás de la solicitud de informes antes de divulgar la información médica de los pacientes.

## 9.2 Consentimiento informado en experimentación con humanos

Los experimentos de esterilización se llevaron a cabo principalmente en los campos de concentración de Auschwitz y Ravensbrück, a partir de marzo de 1941 y hasta enero de 1945. Estos experimentos eran perpetrados por dos ginecólogos, el Dr. Carl Clauberg y el Dr. Horst Schumann, y eran intentos de desarrollar un método de esterilización que fuera capaz de esterilizar eficazmente a millones de personas en un período de tiempo mínimo. El propósito de las esterilizaciones era impedir la reproducción de las razas que los nazis consideraban “inferiores, impuras o genéticamente contaminadas”.

Rosalinde de León, una mujer judía sobreviviente de los Países Bajos que estuvo prisionera en Auschwitz, testificó contra Clauberg el 26 de julio 1956:

*“Uno de los jefes del bloque [Blockälteste] nos dijo que el Dr. Clauberg tenía la intención de llevar a cabo experimentos científicos sobre nosotros, y si no obedecíamos, seríamos enviados a Birkenau [ubicación de las cámaras de gas]. Dijimos que entonces preferíamos ir a Birkenau y que ya sabíamos que nos matarían. No puedo recordar a ninguna mujer que haya aceptado ese tipo de experimentos -por el contrario, el Dr. Clauberg llevó a cabo experimentos de esterilización en mi persona sin mi consentimiento. No protesté porque no habría tenido sentido. Sucedió de todos modos. Dos enfermeras le ayudaron -una de ellas era también prisionera...”*

*“La esterilización era realizada mediante una inyección, y entonces una jeringa de gran tamaño fue inyectada en mi vagina, y luego me inyectaron una sustancia blanca. Lo más probable es que esta sustancia se inyectara en el útero. La jeringa era de unos 30 cm de largo. Tales inyecciones me fueron administradas tres veces con pausas de 3-4 meses. Después de cada inyección tenía una sensación de ardor tremendo en mi abdomen. Se tomaron radiografías después de cada inyección y otra al día siguiente. Después de cada inyección tenía que permanecer en cama durante una semana. Por lo que yo puedo recordar, el dolor era el mismo después de cada inyección y estas eran tan dolorosas que las enfermeras se sentaban en los brazos de la víctima”.*





En el libro de Lore Shelley, *Experimentos criminales en los seres humanos en Auschwitz y la guerra de los laboratorios de Investigación*, un ex prisionero del Bloque 10, Renée Duering (de Amsterdam), describió cómo a los recién llegados un hombre les indicaba que tenían que “inscribirse para la realización de ciertos exámenes físicos”, o iban a ser asesinados. Duering incluye un dibujo del “formulario de consentimiento” que ella firmó. Ella declaró:

*“Casi todos firmaron la hoja de papel. Algunas mujeres que sobrevivieron dicen hoy que nunca firmaron nada, pero lo hicieron; todo el mundo que se mantuvo en el Bloque 10 y fue utilizado como conejillo de indias tuvo que hacerlo si quería mantenerse con vida”.*

Duering recuerda una mujer que se negó a firmar y posteriormente fue transferida a Birkenau. Esta mujer sobrevivió a la guerra.

## Referencias

1. Susan Benedict and Jane M. Georges, Nurses and the sterilization experiments of Auschwitz: a postmodernist perspective [*Las enfermeras y los experimentos de esterilización de Auschwitz: una perspectiva postmoderna*]. *Nursing Inquiry* 13(4): 277–288 (2006).
2. Lore Shelley, *Criminal Experiments on Human Beings in Auschwitz and War Research Laboratories* [*Los experimentos criminales en seres humanos en Auschwitz y la Guerra de los Laboratorios de Investigación*] (Mellen Research University Press, 1991).

## Antecedentes

Los médicos nazis son conocidos y repudiados por sus crueles experimentos médicos.

Los experimentos médicos nazis pueden ser divididos en tres categorías principales: 1) Experimentos que procuraban facilitar la supervivencia del personal militar alemán; 2) Experimentos en humanos que probaban productos farmacéuticos y métodos de tratamiento para lesiones y enfermedades contraídas por el personal militar en el campo de batalla; 3) Experimentos médicos que buscaban promover los principios raciales e ideológicos de la visión del mundo nazi.

Existieron al menos 70 programas experimentales diferentes en los campos de concentración, involucrando a miles de prisioneros y a cientos de médicos que trabajan en el sistema de salud nazi, además de aquellos que trabajaron directamente en los campos. Estos investigadores nazis



mantuvieron un estrecho contacto, tanto a los fines profesionales como en la investigación, con las principales instituciones médicas y científicas, compañías farmacéuticas y universidades de Alemania. Parte de la información derivada de los experimentos efectuados en humanos fue utilizada para presentaciones académicas, publicaciones y programas de promoción.

Las víctimas de estos experimentos fueron obligadas a someterse a procedimientos crueles y extremadamente dolorosos sin ningún tipo de consentimiento informado. Asimismo, los prisioneros eran continuamente amedrentados, haciéndoles temer por sus vidas, tanto por los propios experimentos como por “saber demasiado”. La gran mayoría de los sujetos murieron a causa de complicaciones durante los experimentos, asesinados con inyecciones letales, o fueron enviados a las cámaras de gas.

Algunas víctimas de los experimentos del Bloque 10 (el conocido bloque de experimentos de Auschwitz) recordaron haber firmado consentimientos informados. Debido a la naturaleza de los experimentos y a sus riesgos, así como también a las amenazas de muerte que les propinaban de no firmar, no hay duda de que estas hojas de papel no califican como consentimientos informados.

Los experimentos médicos constituyen sólo una pequeña parte de los vastos programas médicos de los nazis. Sin embargo, fueron estos experimentos médicos, realizados sin un consentimiento *informado*, los que condujeron al establecimiento del Código de Núremberg. En 1946, durante el *Juicio a los médicos*, veintitrés acusados (veinte médicos alemanes y 3 funcionarios públicos) fueron juzgados por crímenes de guerra y crímenes de lesa humanidad. Este juicio proporcionó la oportunidad para un análisis sustancial de las normas éticas en la Medicina. La sentencia de este juicio contiene pruebas documentadas de los crímenes cometidos por los médicos, y luego procede a tratar la permisibilidad de la experimentación médica. Concluye con la enumeración de un Código Ético para la experimentación con humanos de 10 ítems, el cual es actualmente conocido como el Código de Núremberg. Los principios del código forman la base de los criterios éticos modernos para la experimentación con humanos, entre los cuales el consentimiento informado es el más importante. (Ver Apéndice 1)

Incluso antes de la declaración del Código de Núremberg existían en Alemania directrices explícitas sobre el bienestar de las personas sometidas a la experimentación humana. En el 1900 el Ministro de Asuntos



Religiosos, Educativos y Médicos de Prusia emitió la primera regulación relacionada con la experimentación en humanos. (Ver apéndice 2). Esta directiva, en respuesta a un debate público que estaba teniendo lugar sobre la experimentos en humanos, aconsejaba a los directores médicos que todas las intervenciones que no fueran para el diagnóstico, la curación y la inmunización debían ser evitadas bajo toda circunstancia, tanto si “el sujeto era menor de edad o no competente por otras razones”, o si el sujeto no había dado su “consentimiento inequívoco” después de una “explicación adecuada de las posibles consecuencias adversas” de la intervención. A su vez, todas las intervenciones de investigación podían ser realizadas sólo por el director médico, o bajo su autorización.

Aunque esta directiva no era legalmente vinculante, y poco se sabe de su impacto real en la experimentación humana, es vital en la historia de la elaboración de directrices sobre experimentación en seres humanos con fines no terapéuticos. La directiva no sólo establece normas sustantivas para la conducta ética en investigación, sino que también contiene detalles específicos para asegurar que se asuman responsabilidades por la misma.

En 1931, varias décadas después, debido a las críticas de la prensa sobre la experimentación humana no-ética, en el contexto de una reforma política del Derecho Penal en Alemania, el gobierno del Reich detalló las *Directrices para nuevas terapias y Experimentación Humana* en el parlamento alemán. (Ver apéndice 3).

Estas directrices distinguen claramente entre investigaciones terapéuticas (nuevas terapias) y no terapéuticas (experimentación con humanos), y establecen estrictos recaudos y precauciones para estas últimas. Además de los principios de beneficencia y no maleficencia, las regulaciones se basan en la autonomía del paciente y en una doctrina legal de consentimiento informado. En algunos casos, las regulaciones eran aún más estrictas y detalladas que las contenidas en el Código de Núremberg y la más reciente Declaración de Helsinki. (Ver Apéndice 4)

## Referencias

1. Aly Gotz, Peter Chroust and Christian Pross, *Cleansing the Fatherland: Nazi Medicine and Racial Hygiene [La limpieza de la Patria: Medicina nazi e higiene racial]* (The Johns Hopkins University Press, 1994).
2. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psycho-*

logy of Genocide. [*Los médicos nazis: homicidios médicos y psicología del Genocidio*] (Basic Books, 1986).

3. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene: Medicine under the Nazis* [*Higiene racial: Medicina bajo el nazismo*] (Harvard University Press, 1988).

4. Paul J. Weindling, *Nazi Medicine and the Nuremberg Trials: From Medical War Crimes to Informed Consent* [*Medicina nazi y los juicios de Nuremberg: De los crímenes de guerra de la Medicina al consentimiento informado*] (Palgrave MacMillan, 2004).

5. Vivien Spitz, *Doctors from Hell: The Horrific account of Nazi Experiments on Humans* [*Los médicos del Infierno: La suma terrible de los experimentos nazis en seres humanos*] (Sentient Publications, 2005).

6. <http://www.ushmm.org/wlc/en/article.php?ModuleId=10005168>

7. Irene Strzelecka, *Voices on Memory Series* [*Voces en las series de la memoria*], volume 2. *Medical Crimes: Medical Experiments in Auschwitz* (Auschwitz-Birkenau State Museum, Oswiecim, 2008).

## **Preguntas**

¿Cuáles son los mandatos éticos para la obtención del consentimiento informado? ¿Hay lugar allí para la coerción?

## **Discusión**

Los experimentos médicos nazis fueron realizados para facilitar tanto el esfuerzo de guerra de Alemania como el avance de la ideología radical del régimen nazi. Resulta sumamente complejo abordar la cuestión acerca de cómo los médicos alemanes justificaron estos experimentos humanos atroces con la premisa médica del juramento hipocrático de “no hacer daño”. Los nazis fundamentaron sus actos apelando a razones económicas y utilitarias. Definieron a los discapacitados mentales, criminales, incapacitados físicos y pacientes con enfermedades crónicas como poseedores de “vidas no dignas de ser vividas”.

Desde el enfoque nazi, estas personas, debido a su condición natural y a los elevados costos que implicaban sus cuidados, debían ser sacrificadas para mejorar la calidad de salud y de vida de la mayoría de la población. Esta justificación se evidenció también en los campos de concentración, donde los prisioneros no eran vistos como individuos, sino como materiales corporales que podrían ser utilizados para investigaciones médicas para el bien del Estado, y para beneficio de la raza Aria.



Dado que en la Alemania Nazi los médicos se guiaron por principios morales utilitarios, no necesitaron tener en cuenta al asunto del consentimiento informado. Si un avance en el bienestar social podía ser logrado sin mediar un acuerdo individual con un sujeto, entonces esto era visto como moralmente legítimo.

Después de la guerra estos experimentos atroces fueron expuestos en el *Juicio a los médicos* en Núremberg, y allí surgió la necesidad internacional de proteger a las personas relacionadas a los programas de investigaciones en humanos. Como parte de su decisión escrita el Tribunal de Crímenes de Guerra redactó el *Código de Núremberg*, el cual es considerado como el primer código internacional ético acerca de experimentos con humanos.

El Código comienza con un comunicado separado de todos los demás que enuncia:

*“El consentimiento voluntario del sujeto es absolutamente esencial”.*

El punto 46 del Código entra en detalle sobre otros factores críticos inherentes a los principios del consentimiento voluntario. Luego de Núremberg existieron nuevos códigos desarrollados por la Declaración de Helsinki y otros más, los cuales intentaron clarificar lo relativo al consentimiento informado. Estos códigos fueron considerados necesarios porque los experimentos con seres humanos continuaron llevándose a cabo sin el consentimiento informado de los sujetos.

El consentimiento informado en el ámbito de la salud es el procedimiento por el cual los pacientes competentes otorgan su aprobación de forma voluntaria, o bien rechazan una intervención luego de que el médico o profesional de la salud les hubiera proporcionado toda la información acerca de la misma, incluyendo lo que respecta a su naturaleza y a sus riesgos potenciales. La Autonomía es el principio ético que sienta las bases del consentimiento informado.

El consentimiento informado apoya y respeta el derecho del paciente a tomar una decisión, y a elegir una opción de tratamiento. Además, facilita y fomenta la entrada de los pacientes al proceso de toma de decisiones médicas y les permite participar del mismo. El principio de Autonomía destaca que los adultos siempre tienen el derecho a decidir qué se debe o no se debe hacer con ellos, siempre que el ejercicio de ese derecho no infrinja sobre derechos comparables de los demás.

En cuanto a las normas éticas, el consentimiento voluntario estaba ausente en la firma de los llamados “formularios de consentimiento” en el Bloque 10. Ni la autonomía de las prisioneras, ni sus condiciones médi-

casos o necesidades eran respetadas, ni consideradas. En cambio, la coerción en su forma más severa era claramente evidente.

Hoy esa coerción está todavía presente en algunas situaciones, pero no siempre de manera tan expresa. Por ejemplo, un participante potencial en una investigación puede estar convencido, o ser muy optimista, de que el ensayo clínico puede ser de beneficio para su persona, cuando en realidad tiene bajas probabilidades de serlo. Sin embargo, la participación en tal ensayo clínico puede ser la única fuente de esperanza para el individuo y su familia.

Otro ejemplo se da cuando se les paga a los participantes de la investigación. Eventualmente se hacen pequeños pagos o regalos para atraer al sujeto. Si los recursos propios son muy limitados, cualquier premio financiero puede ser visto como una forma de coerción. En esos casos, uno tiene la libertad de no participar. Sin embargo, si uno está desempleado o tiene dificultades económicas la voluntad de participar puede ser mejorada indebidamente, ya que el incentivo económico predomina sobre la real voluntad de participación.

Mientras que la experimentación nazi se presentó como uno de los casos más extremos de la violación del consentimiento informado en investigación, todos los casos que utilizan a seres humanos como sujetos de investigación tienen un carácter un tanto ofensivo. Aun así, incluso después de que los crímenes nazis fueran revelados al mundo algunos científicos continuaron llevando a cabo investigaciones sin emplear el consentimiento informado.

En 1966, Henry Beecher, profesor de Anestesiología en Harvard, publicó un artículo en el *New England Journal of Medicine* titulado Ética e investigación clínica. El artículo llamó la atención sobre veintidós ejemplos de investigaciones clínicas poco éticas donde la vida de los sujetos de prueba fue puesta en peligro. Este ensayo incluye los Experimentos de Sífilis de Tuskegee, así como otros estudios donde prisioneros y otras personas que no eran libres para elegir o dar su consentimiento fueron usadas para la investigación experimental en detrimento de sí mismos.

A pesar de todas las directrices éticas, códigos y directivas que fueron desarrolladas en el pasado, la ciencia y la Medicina tienen una larga historia de ignorar o usar erróneamente el principio ético que enuncia que los individuos deben ser incluidos en la investigación sólo si ellos eligen participar voluntaria y conscientemente.



## 9.3 Consentimiento de los padres para tratamientos médicos

### Caso de Estudio 1

Friedrich S. nació en Alemania en 1937. Cuando tenía cuatro años de edad sufría de meningitis, y posteriormente desarrolló una epilepsia. Sus padres fueron persuadidos para hospitalizar a su hijo en el hospital psiquiátrico de Eichberg. El director de la institución le escribió a la madre diciéndole:

*“Su pequeño hijo está bien. Se trata de un caso de daño cerebral, todavía no somos capaces de establecer con certeza la causa, ya que hemos tenido un tiempo demasiado corto para observarlo. Si somos capaces de establecer cualquier otra cosa, o si se enferma su hijo, se lo haremos saber inmediatamente. No se preocupe. Hemos comenzado recientemente un tratamiento farmacológico.”*

Los padres visitaron al niño en el hospital en su cuarto cumpleaños, el 21 de octubre de 1941. Se dieron cuenta de que estaba cubierto de hematomas y también estaba desnutrido. El médico les prohibió llevarse al niño con el argumento de que todavía lo estaban tratando. Se les dijo que regresaran en un mes. Después de dos semanas, el padre escribió al asilo. Recibió una respuesta, enviada el 14 de noviembre de 1941, notificándole que su pequeño hijo Friedrich ya estaba muerto.

### Caso de Estudio 2

Margot E. nació el 28 de enero de 1941. Tenía un retraso mental. Siguiendo el consejo del médico del distrito, Margot fue enviada a la institución mental Kaufbeuren. Se le dijo a la madre que no la visite durante las primeras cinco semanas, para ayudarla a adaptarse a su nuevo entorno. Después de recibir muchas cartas preguntando por el bienestar de la niña, el director de la institución mental finalmente respondió, e informó a la madre que Margot estaba “perturbada y que lloraba constantemente”. En una segunda carta le informó que Margot había “empezado a jugar con cosas y a hablar unas pocas palabras”. En la misma carta el director también escribió:

*“Por desgracia, no estoy en condiciones de darle un informe cada catorce días. Tenga en cuenta que tenemos 1.300 pacientes; si tuviéramos*



*que hacer un informe cada catorce días para cada uno, no tendríamos tiempo para las actividades médicas”.*

Cinco días después la niña había muerto. Al llegar al asilo a la madre no se le dio ninguna causa de muerte, y se encontró con que el cuerpo desnutrido de su hija había sido sometido a una autopsia.

### **Referencia**

Michel Burleigh, *Death and Deliverance. ‘Euthanasia’ in Germany 1900- 1945 [Muerte y liberación. “Eutanasia” en Alemania 1900- 1945]* (Cambridge University Press, 1994).

### **Antecedentes**

En el marco del programa infantil de Eutanasia, miles de niños enfermos mental y físicamente fueron enviados desde distintas clínicas de Alemania a “instituciones de la muerte”, donde se los mataba de hambre o se les administraban sobredosis de estupefacientes. En algunos casos la iniciativa para enviar a un hijo a una de las clínicas pediátricas en Alemania provino de los padres. En otros casos, las enfermeras y los médicos de salud pública de ideología nacionalsocialista recomendaron la hospitalización, persuadiendo a las familias de que sus hijos recibirían un tratamiento mejor y más especializado en estas instituciones.

Cuando los niños eran trasladados a los “centros de matanza”, los padres por lo general no eran notificados. En los casos en que sí eran notificados, a los miembros de la familia se les decía que no podían visitarlos. Pasado cierto período de tiempo, el personal de la institución notificaba a las familias de que sus hijos estaban gravemente enfermos. En realidad, el niño ya estaba muerto y a los padres y/o tutores no se les daba la oportunidad de visitar a sus seres queridos. Las familias también tuvieron que soportar los costos de los funerales.

Nunca se pidió el consentimiento a los padres y/o tutores.

(Para más detalles históricos y referencias sobre el Programa Nazi de Eutanasia ver los Antecedentes del punto referido a Eutanasia).

### **Pregunta**

¿Es ético para un médico tratar a un menor de edad u otro paciente incapacitado legalmente sin el consentimiento de sus padres y/o tutores?





## Discusión

La Declaración de Helsinki de la WMA (Asociación Médica Mundial) establece que las personas que se definen como legalmente incompetentes, sean menores o adultos, o física o mentalmente incapaces de dar su consentimiento, no deben ser utilizadas en procedimientos de diagnóstico, terapéuticos, de rehabilitación, o de investigación, a menos que se cumplan las siguientes condiciones: 1) Que el procedimiento sea necesario para promover la salud de la población representada. 2) Que este procedimiento no pueda realizarse en personas legalmente competentes. Si se cumplen estas condiciones, entonces el médico o los investigadores deben obtener el consentimiento del representante legal en concordancia con la ley. Este consentimiento debe cumplir con todas las condiciones generales estipuladas para el consentimiento informado. (Véase el Apéndice 4)

Al igual que con otras cuestiones éticas, los ya complejos e irresueltos problemas relativos al consentimiento se agravan cuando se trata de niños. La suposición de que los padres pueden dar el consentimiento informado en representación de sus hijos se basa en la presunción de que pueden proporcionarlo por sí mismos. Sin embargo, existe evidencia que indica que los adultos educados y competentes con frecuencia no son informados adecuadamente para dar un consentimiento válido. Por lo tanto, el derecho de un tutor para hablar por otros a veces también puede ser cuestionado. Esto a menudo no se debe a la falta de inteligencia o motivación por parte de los padres, un familiar o tutor, sino más bien a los más complejos factores que intervienen en el caso, incluyendo aspectos legales, los intereses en conflicto, la naturaleza de la enfermedad, el estrés y la ansiedad causada por la enfermedad, la necesidad de una decisión rápida, la falta de información suficiente, el medio intimidatorio del hospital, así como el sentimiento de temor, la confianza y dependencia hacia el médico. Todos estos factores pueden conspirar para hacer de la solicitud de consentimiento un ritual donde pocas personas *realmente* están informadas de manera significativa. Estos problemas pueden ser agravados aún más si los pacientes son personas con discapacidad mental o incompetentes.

Además, a veces se acepta que los propios niños puedan participar activamente en el proceso de consentimiento. Dependiendo de las edades, se puede argumentar que los niños son capaces de formar parte de las decisiones de su tratamiento y que tienen derecho a recibir información,

a ser escuchados, así como para dar o negar su consentimiento, si se considera que son competentes para hacerlo.

En los casos descritos anteriormente, los pacientes eran menores de edad y ambos estaban diagnosticados como enfermos mentales (la epilepsia se consideraba entonces una enfermedad mental). Estos pacientes fueron hospitalizados y maltratados con una total falta de respeto, y sin el consentimiento de los padres, tutores legales o los propios pacientes. Los registros médicos también fueron falsificados para ocultar los crímenes. Si bien estos son casos extremos del abuso del consentimiento de los padres o tutores, son valiosas lecciones de la historia clínica que nos recuerdan lo que puede suceder cuando se ignoran los derechos de los pacientes, padres y tutores legales.

## 9.4 Utilitarismo en investigación clínica

### Estudio de caso

En el *Juicio a los médicos* en Núremberg en 1946 algunos de los médicos demandados formularon argumentos éticos en apoyo de los experimentos realizados en los campos de concentración. Algunos sostenían que era razonable sacrificar los intereses de unos pocos con el fin de beneficiar a la mayoría.

Un médico que usó este argumento fue el Dr. Gerhard Rose, quien era un académico y una autoridad mundial en medicina tropical, jefe del *Instituto Koch de Medicina Tropical* en Berlín. Sirviendo como higienista consultor del Inspector Médico de las Fuerzas Aéreas alemanas (Luftwaffe), el Doctor Rose fue promovido al rango de General de Brigada. También era el asesor médico del Doctor Leonardo Conti, el Líder de Salud del Reich y el Secretario Estatal para la Salud.

Rose realizó experimentos en pacientes que eran prisioneros en los campos de concentración: Dachau y Buchenwald. Aunque en un principio se opuso a los experimentos humanos potencialmente letales para crear vacunas contra el tifus, Rose llegó a la siguiente conclusión:

*“No tenía ningún sentido evitar arriesgar la vida de un par de cientos de hombres cuando un millar de soldados alemanes estaban muriendo de tifus cada día en el frente del Este.”*

Además, Rose argumentó que la tasa de mortalidad de la población general de prisioneros en los campos de concentración era mayor que la de



los sujetos tomados para sus experimentos, es decir, sostenía que las posibilidades de supervivencia eran mayores para estos últimos que para los prisioneros que no eran utilizados en investigaciones. Por lo tanto, otra justificación para sus experimentos humanos se atiene a la lógica de que incrementaban las probabilidades de supervivencia de los prisioneros.

Durante su juicio, Rose declaró:

“¿Qué fue la muerte de un centenar de personas en comparación al beneficio de obtener una vacuna profiláctica *capaz de salvar la vida de miles?*”

### Referencia

George J. Annas and Michael A. Grodin, *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code: Human Rights in Human Experimentation [Los médicos nazis y el Código de Nuremberg: Derechos humanos en la experimentación humana]* (Oxford University Press, 1992).

### Antecedentes

Durante la guerra el tifus hacía estragos entre las tropas. Los investigadores alemanes, tanto militares como civiles, intentaron desarrollar vacunas y medicamentos para prevenir y tratar la enfermedad. En una conferencia en 1941, los médicos de los funcionarios de alto nivel concluyeron que “*como las pruebas en animales no pueden proporcionar la evaluación adecuada para las vacunas contra el tifus, los experimentos deben ser realizados sobre seres humanos*”.

Inicialmente el profesor Gerhard Rose se opuso a la idea de usar a los prisioneros para la experimentación, pero el Dr. Leonardo Conti, Líder de la Salud Reich y el más poderoso médico nazi en Alemania, argumentó que la salud pública alemana estaba en juego. Rose aceptó e inició un estudio de una vacuna basada en hígado de ratón, para probarla luego sobre prisioneros en Buchenwald.

En el *Juicio a los médicos* de Núremberg, la parte acusadora encontró dificultades con el argumento de Rose. Su equipo de defensa argumentó que los Aliados justificaron el relevo obligatorio de hombres destinados a unirse al servicio militar durante toda la guerra sabiendo que muchos de ellos seguramente morirían, pero alegando que el sacrificio de pocos para salvar a la mayoría era moralmente justo. Por otra parte, sus abogados defensores también señalaron que a lo largo de la historia muchos investigadores médicos en los países Occidentales habían apelado a ar-

gumentos basados en versiones del utilitarismo para justificar peligrosos experimentos sobre prisioneros y personas institucionalizadas.

Como parte de su argumentación en su defensa, Rose también acusó a los norteamericanos de realizar experimentos coercitivos sobre la malaria en cárceles estatales. Mientras tal investigación en humanos había sido realizada de hecho, el Doctor Andrés Ivy, consultor de ética de la Asociación Médica Americana, recalcó que estos experimentos habían sido de carácter voluntario y no coercitivo.

Debido a los delitos y a los crímenes de lesa humanidad cometidos, el Dr. Gerhard Rose fue condenado a cadena perpetua. En la apelación su sentencia fue reducida a 15 años. Rose fue puesto en libertad en 1955. Murió en 1992.

### Referencias

1. Arthur L. Caplan, *How Did Medicine Go So Wrong? [¿Cómo la Medicina estuvo tan errada?]* In Arthur L. Caplan ed. *When Medicine Went Mad. Bioethics and the Holocaust* (Humana Press, 1992)
2. Nuremberg Trials Project. A Digital Collection.  
[http://nuremberg.law.harvard.edu/php/docs\\_swi.php?DI=1&text=overview](http://nuremberg.law.harvard.edu/php/docs_swi.php?DI=1&text=overview)
3. Naomi Baumslag, *Murderous Medicine. Nazi Doctors, Human Experimentation, and Typhus [Medicina asesina. Médicos nazis, experimentación humana y tifus]* (Praeger Press, 2005).
4. Paul J. Weindling, *Nazi Medicine and the Nuremberg Trials. From Medical War Crimes to Informed Consent [Medicina nazi y los juicios de Nuremberg: De los crímenes de guerra de la Medicina al consentimiento informado]* (Palgrave MacMillan, 2004).

### Pregunta

¿Es el utilitarismo una base ética para la experimentación humana?

### Discusión

La Asociación Mundial Médica ha definido al “consecuencialismo” como la modalidad ética de toma de decisiones que analiza las consecuencias probables o los resultados de diferentes opciones y acciones. En el consecuencialismo la acción correcta es la que produce los mejores resultados. Desde luego, puede haber desacuerdo sobre qué se considera un buen resultado.



El utilitarismo es una de las formas más conocidas de consecuencialismo. En este marco filosófico, la utilidad es definida como “el mayor beneficio para el mayor número de personas”. Según principios utilitaristas, los daños y beneficios deben ser tanto evaluados como equilibrados de manera tal que se logre hacer un buen juicio que nos dé la posibilidad de tomar la mejor decisión o acción. El conflicto aparece cuando el grupo que corre el riesgo de ser dañado en los experimentos es por lo general el grupo que no recibe ningún beneficio de los resultados de estos, como suele suceder en los juicios por investigaciones relativas a ensayos clínicos.

El riesgo potencial de daño a los participantes ha conducido al acuerdo extendido de que las normas éticas sean observadas en la investigación clínica, independientemente de las ventajas que resulten de ella. El mero fin de una empresa, no importa cuán bueno sea, no es suficiente justificación para los medios empleados, si éstos pueden dañar a los sujetos involucrados.

Durante la época nazi los sujetos experimentales eran en su mayoría prisioneros de los campos que fueron considerados como sub-humanos, inferiores racialmente, o “vidas no dignas de vivir.” Desde el punto de vista nazi, estas personas no eran dignas, ni poseían Derechos Humanos. Algunas personas, como los prisioneros judíos en campos de concentración, se encontraban en peligro por partida doble, dado que caían en más de una categoría de “sub-humano”. Ya habiendo sido considerados como humanos “indeseables”, y habiendo sido destinados a la muerte en el marco de la la “solución final”, fueron también tomados como un grupo de cautivos usados para la investigación, totalmente desprovistos de sus derechos. El hecho de tener un grupo cautivo de potenciales sujetos de investigación, sumado al supuesto de los alemanes que esgrime que *“la salud de la población es más relevante que la salud de un individuo”*, materializaron una combinación perfecta para testear los valores utilitarios, con los desastrosos resultados que esto acarrea.

Guiados por los principios morales utilitarios, los médicos nazis no tenían que tener en cuenta el “Consentimiento Informado”. De acuerdo con la ética de la medicina nazi, el beneficio obtenido sustituyó a la norma ética de obtener el acuerdo de los sujetos experimentales. Esto fue visto como moralmente legítimo.

El uso del principio utilitarista que ejercieron los médicos nazis para justificar racionalmente sus experimentos crueles e inhumanos es un ejemplo

de cómo puede hacerse, cínicamente, abuso de este principio. Los experimentos fueron conducidos sobre internos del campo vulnerables, con una indiferencia total hacia cualquier principio ético que se esperaría de investigadores clínicos. La apelación a la racionalidad utilitarista era solamente una de las excusas que usaron posteriormente en los juicios post guerra.

Existieron muchos otros ejemplos de abuso del principio utilitarista sobre otras poblaciones vulnerables, en otras partes del mundo. Se ha experimentado en estas poblaciones con la justificación de que los procedimientos se llevaron a cabo “por el bien de la sociedad”. Internos de prisiones, soldados, minorías étnicas, ciudadanos del tercer mundo y pacientes institucionalizados a menudo han sido víctimas de este tipo de experimentos. En la última década se ha incrementado el debate en la literatura médica sobre los ensayos de investigación clínica en los países en desarrollo, sobre todo los impulsados por compañías farmacéuticas que desean utilizar a sujetos que no habían sido tratados previamente con determinada droga y poseían enfermedades prevalentes. Una perspectiva utilitaria de estos proyectos de investigación clínica en estas poblaciones podría referir a que los intereses de supervivencia de los sujetos deben tener prioridad sobre los intereses relacionados con los beneficios de los accionistas de las empresas farmacéuticas que participan en los ensayos.

La lógica utilitaria para la experimentación humana no debe ser utilizada como justificación, ni ser aceptada, a menos que se tomen en cuenta las consecuencias de las decisiones utilitarias.

## **9.5 Uso de partes del cuerpo obtenidas de manera no ética**

El Dr Hirt, profesor de Anatomía y decano de la escuela de Medicina de la Universidad de Strasburgo, formuló una teoría antropológica que buscaba probar que un cráneo de raza aria podía distinguirse fácilmente de uno perteneciente a la raza judía. Para obtener los fondos y el soporte necesarios se contactó con la Sociedad Ahnenerbe, una organización cuya misión era prestar ayuda financiera a toda investigación que apoyara la ideología nazi. La cabeza de esta organización era Wolfram Sievers quien, junto a Heinrich Himmler, Jefe de la S.S, aprobó esta investigación.

El plan de trabajo fue el siguiente: los investigadores nazis, dirigidos por el Dr. Hirt, determinaron que necesitarían una serie de esque-



letos para poder probar su hipótesis, y decidieron que los mismos iban a ser sustraídos del campo de concentración de Auschwitz. En junio de 1943, 86 personas vivas fueron elegidas por el Dr. Bruno Beger, un médico-filósofo y capitán de la S.S, con el fin de utilizar y disponer de sus esqueletos. En Auschwitz los prisioneros fueron puestos en cuarentena, separados del resto de los internos y divididos por sexo. Los mismos fueron examinados y aprobados por el Dr. Beger, quien confirmaría que eran adecuados para la investigación. Adolf Eichmann era responsable del transporte de éstos desde Auschwitz hacia el campo de concentración Natzweiler-Struthof.

Una vez que llegaban a Natzweiler, los desvestían y los conducían a las cámaras de gas para asesinarlos. En julio de 1943 los cuerpos fueron transportados hacia el Instituto de Anatomía de Hirt en Strasburgo. Fueron colocados en containers especiales, en los que permanecieron durante un año. La medición de calaveras nunca se llevó a cabo.

Con los Aliados dentro del territorio alemán, los cuerpos descarnados fueron hallados por los franceses, quienes los documentaron con fotografías que luego fueron utilizadas en el juicio por crímenes de guerra.

El Dr. Hirt, luego de ser capturado y encarcelado por las fuerzas francesas, se suicidó el 2 de junio de 1945. Sievers fue hallado culpable de cometer violaciones a la ética médica en el Juicio de Núremberg y murió ahorcado.

El 11 de diciembre de 2005, en memoria de las 86 víctimas, se inauguró un monumento que llevaba sus nombres en el Hospital de Strasburgo y en el Cementerio Judío Cronenbourg en Francia. Asistieron a la ceremonia los familiares de las víctimas, provenientes de Tesalónica (Grecia), Londres, Alemania, Israel y Francia. La placa de homenaje reza:

*“Recuérdelos, de manera que la Medicina jamás vuelva a ser corrompida.”*

### **Antecedentes**

El uso de prisioneros ya fallecidos para la disección, la ilustración y la investigación anatómica representa un largo capítulo en la historia humana que se remonta a Herófilo en Egipto en el año 300 antes de Cristo. En la Edad Media, debido a las leyes religiosas que prohibían la profanación del cuerpo, los cadáveres se obtenían a menudo ilegalmente, con fines de obtener conocimiento médico y para la representación artística. En



los siglos XVII y XVIII la única fuente legal para obtener cadáveres era acudir a los restos de quienes eran asesinados.

Con la expansión de las profesiones médicas y el establecimiento de las facultades de Medicina hubo una necesidad aún mayor de disponer de cadáveres, y por lo tanto se requería una nueva legislación que regulara la conservación de los mismos. Massachusetts, Estados Unidos, fue el primer estado en aprobar leyes en la década de 1830 para permitir que los cuerpos no reclamados fueran utilizados para la disección anatómica. Esto fue adoptado por otros estados, cuya legislación indicó que los cuerpos no reclamados provenientes de hospitales, instituciones mentales y prisiones podrían ser utilizados por la investigación médica.

En 1908, Eugen Fischer, un fervoroso eugenista alemán, llegó a los territorios del sudeste de África que habían sido ocupados por Alemania (donde actualmente se encuentra Namibia). Allí, el ejército alemán había encarcelado a muchos nativos en los campos de concentración. Los cadáveres de los internos asesinados en estos campos fueron enviados a Alemania para la disección. Los esfuerzos de Fischer para demostrar la inferioridad racial de los habitantes locales fueron publicados en 1913 en un documento llamado *Die Rehoboth Bastards*, el cual tuvo un impacto muy grande en Alemania. En 1921 Fischer fue co-autor de *Los principios de la herencia humana y la higiene racial*, junto con Erwin Baur y Fritz Lenz. Esta es una de las obras que se utilizó como una referencia en el escrito de Hitler *Mein Kampf*, y por lo tanto tendría un impacto crucial en la doctrina racista nazi. En 1927 se convirtió en el director del Instituto Kaiser Wilhelm de Antropología, Herencia Humana y Eugenesia en Berlín, donde su objetivo principal era descubrir y desarrollar una base biológica que fundamentara el antisemitismo.

En la Alemania Nazi las universidades estaban bajo el gobierno directo del Ministerio del Reich para la Ciencia, Educación y Cultura (REM). Este Ministerio fue el responsable de la eliminación de los “no arios” de la facultad, y de la alineación de la ciencia con la doctrina nacional-socialista. El REM fue responsable de las instituciones de Anatomía en las facultades de Medicina, incluyendo del suministro de cadáveres. Una ley prusiana de 1877, en conjunto con otras legislaciones, concedió a los institutos de Anatomía el derecho a utilizar los cuerpos de los ejecutados para la disección, si los familiares no los reclaman. Estas leyes fueron reforzadas en varias ocasiones en 1933 y en 1939. Los anatomistas se quejaron de la necesidad de informar a las familias, y por lo tanto, en





1943, se decretó que las familias de los ejecutados no tenían que dar su consentimiento para la disección. Además, estaba prohibido entregar a las familias los cuerpos de los judíos, los polacos y de aquellos que habían sido ejecutados por alta traición.

Cada lugar de ejecución tenía institutos anatómicos asignados, los cuales eran notificados acerca de las ejecuciones inminentes para que los cuerpos pudieran ser transferidos de manera eficiente a los anatomistas. Existían 31 departamentos de Anatomía en Alemania, Austria, Checoslovaquia y Polonia. Un porcentaje muy alto de los anatomistas eran miembros del Partido Nazi (al igual que los médicos en general). Muchos de ellos habían impartido cursos en las facultades de Medicina sobre higiene racial como parte del plan de estudios regular. August Hirt, Decano de la Facultad de Medicina de Strasburgo, fue un oficial de la SS, y apoyó muchos proyectos de investigación médica para el régimen Nazi. Estos proyectos estaban sustentados por el pensamiento eugenésico, y se desarrollaron como parte del “esfuerzo de guerra” alemán. Hirt llevó a cabo experimentos médicos letales con gas mostaza en prisioneros en el campo de Natzweiler, además de su proyecto de “colección de esqueletos”.

Johann Paul Kremer fue un profesor de Anatomía que trabajó en Auschwitz. Estuvo involucrado en las selecciones que se realizaban en la rampa de ingreso y llevó a cabo investigaciones sobre los efectos del ayuno y la hambruna en el cuerpo humano. Para estos estudios se seleccionaron prisioneros, para luego asesinarlos por medio de inyecciones de fenol intra-cardíaco y extraer sus tejidos post mortem. Kremer fue juzgado en el juicio de Auschwitz entre noviembre y diciembre de 1947. Fue declarado culpable de crímenes de guerra y condenado a muerte. La sentencia fue conmutada a cadena perpetua.

## Referencias

1. Alfred Pasternak, *Inhuman Research: Medical Experiments in German Concentration Camps [Investigación Inhumana: experimentos médicos en campos de concentración alemanes]* (Akadémiai Kiadó, Budapest, 2006).
2. Alexander Mitscherlich and Fred Mielke, *Doctors of Infamy. The Story of the Nazi Medical Crimes [Doctores de la infamia: la historia de los crímenes médicos Nazis]* (Henry Schuman, 1949).
3. Benjamin Madley, *From Africa to Auschwitz: How German South West Africa Incubated Ideas and Methods Adopted and Developed by*

the Nazis in Eastern Europe. [De África a Auschwitz: Cómo la África alemana del suroeste incubó ideas y métodos adoptados y desarrollados por los nazis en la Europa del Este] *European History Quarterly* (2005), 35(3).

4. For additional reading on current research of Anatomy during the Third Reich see: S. Hildebrandt and C. Redies (Eds.) *Anatomy in the Third Reich* [Anatomía en el Tercer Reich]. *Annals of Anatomy*, 2012, Vol. 194, Issue 3.

### **Pregunta**

¿Podemos utilizar partes del cuerpo adquiridas de forma poco ética para investigación biomédica u otros estudios?

### **Discusión**

Este caso pone en cuestión el uso del cuerpo y sus partes para la investigación terapéutica u otros propósitos médicos.

La legislación pasada (por ejemplo la Ley Uniforme de Donación de Material Anatómico aprobada en 1968 en los Estados Unidos) declaró que la donación del cuerpo o de sus partes es un derecho basado en la libre elección del donante. De acuerdo a esta ley los deseos del donante deben respetarse, incluso si algún miembro de la familia o de parentesco cercano objetara la donación. La disposición de la Ley Uniforme de Donación Anatómica, modificada en 1987, prohíbe la comercialización de órganos y tejidos para trasplantes, pero no para su uso en educación e investigación.

Aun así, existió y todavía existe una zona gris en la cual los científicos y practicantes médicos toman, guardan y usan partes del cuerpo humano sin cuestionarse sobre las implicancias éticas.

El constante crecimiento ocurrido en los últimos años en la investigación clínica, área en la cual se necesitan muestras de tejido y de sangre, así como el crecimiento exponencial de la cantidad de información personal que puede ser recuperada de las partes del cuerpo, han despertado problemas en torno a la legitimidad de la posesión de estos materiales orgánicos, la disposición respetuosa de los mismos, y el consentimiento informado. Asimismo, han llevado el tema de la privacidad biológica a nuevos estándares, a un riguroso escrutinio y a una mayor conciencia crítica. Por ejemplo, el uso terapéutico de sustancias humanas, desde transfusiones de sangre hasta la implanta-



ción de células cerebrales en fetos, es y seguirá siendo controversial. La mediación de incentivos financieros con el fin de proveer u obtener tejidos y órganos compromete la ética de la voluntariedad y resulta inconsistente con los principios de la justicia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Mundial Médica (WMA) declararon a la comercialización de órganos humanos como “una violación a los derechos humanos” y a la “dignidad humana”, y como tal debería prohibirse su práctica. Sin embargo, apelar a los beneficios terapéuticos es actualmente la manera más convincente de hacer del uso del cuerpo algo aceptable. De todas formas, apelar a la “ciencia” se tensa de ambigüedades. Lo que para algunos puede ser considerado “bueno para la ciencia”, para otros puede significar la deshumanización de la persona. El argumento de la necesidad de material biológico para la enseñanza y el aprendizaje, así como también la necesidad de cadáveres para los estudiantes de Medicina, se encuentra en el punto medio entre estas dos posturas, del mismo modo que ciertas prácticas, tales como la disección, se han justificado para el presunto beneficio de los practicantes bien entrenados.

Podríamos preguntarnos por qué los anatomistas de la Alemania Nazi se comportaron como lo hicieron. ¿Por qué enseñaron y practicaron la higiene racial usando los cuerpos de las víctimas para la disección? En ese momento los cuerpos de los prisioneros eran un elemento valioso en su investigación, y por lo tanto en sus carreras. Las leyes nazis, junto a la creciente deshumanización causada por la guerra, proveyeron a los anatomistas nazis con una rara oportunidad para testear sus teorías racistas sin reparos y con sólo algunas pocas regulaciones y restricciones. Los sujetos humanos simplemente devinieron meras fuentes de información, y los nazis se condujeron con total indiferencia hacia los umbrales mínimos de dignidad y de ética humana.

Los cuerpos provistos por el gobierno Nazi inicialmente siguieron las tradiciones anatómicas establecidas en Alemania y en muchos otros países. Éstas prácticas fueron reafirmadas por el régimen Nazi, pero también radicalmente expandidas, debido al número casi ilimitado de sujetos humanos (y cuerpos) disponibles, tanto en el sistema de campos de concentración, como en las instituciones médicas. En ese momento la higiene racial era una ciencia aceptada en Alemania. Si los médicos e investigadores tenían dudas acerca de las políticas nazis, permanecían callados. Las acciones y elecciones de estos doctores y anatomistas se justificaban esgrimiendo que promovían la salud del pueblo alemán, y dentro del

marco de la cultura de la Alemania Nazi eran consideradas como ética y moralmente aceptables.

Hoy en día, recolectar, guardar y utilizar tejido humano para una variedad de propósitos se ha vuelto una práctica común en la biomedicina occidental. Sin embargo, una perspectiva histórica puede recordarnos bruscamente que las prácticas usualmente expresan valores culturales (ya sean públicos u ocultos), y que los valores varían considerablemente entre diferentes poblaciones. Crear guías éticas para la utilización científica de materiales humanos que sean útiles, justas, humanas y sensibles necesita que tomemos en cuenta la diversidad de creencias y prácticas de una sociedad pluralista. Además, es vital que todas las sociedades aboguen por el respeto de las personas, ya sea que se encuentren vivas o muertas, y es menester monitorear cuidadosamente las prácticas de investigación médica que deshumanizan o dañan a las personas, sin importar raza, sexo, ideología o clase. Es claro que tales consideraciones éticas no se tomaron en cuenta en el experimento nazi descrito anteriormente, y que parte de la racionalización de esta conducta no ética puede explicarse en términos culturales.

## 9.6 Falsificación de registros médicos

### Caso de estudio

Un extracto del testimonio de Adam Zacharski, ex-prisionero número 18.293 y empleado en el “Hospital” de prisioneros en el campo principal de Auschwitz, enuncia lo siguiente:

*“He trabajado en este Hospital, en la Cancillería – esto es, trabajé en una fábrica que emitía todos los documentos falsos que por orden de las autoridades de las SS y la oficina del comandante de campo... eran completados para citar las causas de muerte de las víctimas. Las causas... eran las siguientes: muerte natural, muerte por asfixia con gas, inyección, ejecución en el Bloque 11. Con el debido énfasis que amerita quiero decir que la falsificación consistía en el hecho de que todas estas personas eran inscriptas como pacientes del Hospital... Hubo especialmente cuatro prisioneros que alcanzaron la perfección en la técnica de redacción de certificados falsos. Cada uno de ellos tenía a mano un pequeño libro que contenía hasta veinte tipos de las más surtidas enfermedades. A continuación hicieron uso de un libro alemán, ‘InnereMedizin,’ copiando*



*diversos tipos de enfermedades, el curso de las mismas y los síntomas...*

*En la historia clínica del caso era necesario empezar desde el momento en que el paciente ingresaba al hospital, con la temperatura, los síntomas de la enfermedad, fiebre, los medicamentos administrados y las inyecciones que el paciente recibía... Algunos de los casos eran cómicos y trágicos a la vez para nosotros. Recuerdo un incidente donde llegaron 120 chicos jóvenes al campo, niños de 8, 12 y 14 de la región de Zamosc. Los niños fueron separados de sus padres, quienes permanecieron en Birkenau, y ellos mismos fueron enviados al Campo Principal. Luego recuerdo el momento trágico que casi terminó con la muerte del prisionero que cometió un error al elegir el diagnóstico, y anotó como diagnóstico de un niño de 8 años: decrepitud senil”*

### **Referencia**

Irena Strzelecka, Voices of Memory Series, Volume 3. *Medical Crimes: The Hospitals in Auschwitz* [Crimenes médicos: los hospitales en Auschwitz] (Auschwitz-Birkenau State Museum in Oswiecim, Oswiecim, 2008).

### **Antecedentes**

La falsificación de los registros médicos no comenzó en Auschwitz. Fue la práctica establecida para los programas de “Eutanasia”, tanto en niños como en adultos. Estas prácticas anti-éticas e ilegales que ocultaban el verdadero estado médico de los pacientes, así como también las causas de muerte, fueron transferidas del ámbito hospitalario a los campos de concentración. Muchos de los médicos y administrativos que estaban a cargo de los programas de “eutanasia” también se ocuparon de la planificación, implementación y de ejecutar las prácticas en los campos de concentración.

Los prisioneros asignados a las oficinas del Hospital en Auschwitz-Birkenau estaban obligados a mantener exhaustivos registros médicos. Estos registros ayudaban a los doctores SS en la supervisión y selección de víctimas. También proveían la documentación básica para la falsificación de los registros, escondiendo la función de exterminio de Auschwitz, así como también de otros prisioneros y campos de concentración.

Los “guarda-registros” eran los prisioneros que conservaban los registros de los prisioneros enfermos y de aquellos que eran dados de alta del hospital. De todas formas, su tarea más importante era la de crear

documentación póstuma para prisioneros que habían muerto, ya sea en los hospitales o en algún otro lugar. Esta documentación además incluía a los prisioneros que habían sido asesinados a balazos, fallecidos debido al sometimiento a torturas, a causa de la experimentación con sujetos humanos, así como también aquellos que habían sido asesinados en las cámaras de gas o por inyecciones letales.

La documentación usualmente mencionaba una causa de muerte falsa, o ninguna causa en absoluto. Las causas de muerte eran tomadas de una lista de enfermedades especialmente preparada por los médicos SS para el uso del personal de dicha oficina. Estas incluían ataques al corazón, neumonía, sepsis, insuficiencia coronaria, entre otros. En casi todos los casos, los entonces llamados registros médicos contenían una extensa y falsa descripción del curso de la enfermedad y, usualmente también indicaban que el prisionero había arribado al campo en un estado de salud deplorable, lo que había hecho que su supervivencia fuera imposible a pesar del dedicado tratamiento médico. Cuando los prisioneros eran asesinados en un grupo muy numeroso, las fechas de muerte eran falsificadas en la documentación póstuma, de manera tal de extender las muertes por un periodo de varias semanas, con varios prisioneros pereciendo cada día.

Los testigos del juicio a los médicos de Núremberg en 1946 indican que si no hubiera sido por la derrota de los nazis, un observador imparcial estudiando la historia de las enfermedades de los prisioneros y los protocolos de tratamiento podría haber concluido que Auschwitz era un buen modelo sanitario e higiénico de práctica médica, y que los prisioneros recibían cuidados que correspondían a los últimos avances de la ciencia y la medicina.

## **Referencia**

Irena Strzelecka, *Voices of Memory Series, Volume 3. Medical Crimes: The Hospitals in Auschwitz [Crímenes médicos: los hospitales en Auschwitz]* (Auschwitz-Birkenau State Museum in Oswiecim, Oswiecim, 2008).

## **Pregunta**

¿Es correcto falsificar registros médicos?

## **Discusión**

El relato anterior es un caso extremo que ilustra cómo los médicos nazis abusaron de su ética y moral médica cuando ordenaron que los registros



médicos fueran falsificados. Este fue sólo un aspecto del abuso de la ética médica por parte de los médicos nazis y del “aura médica” imperante en los hospitales emplazados en los campos de concertación, pero sirve como un ejemplo de cómo la ética médica puede ser objeto de abuso.

La alteración intencional, falsificación o destrucción de los registros médicos está en contra de todas las normas de la ética médica. Dichas prácticas están consideradas como negligencia profesional, y acarrear como tales serias consecuencias legales, incluso cuando no se haya hecho ningún daño al paciente en cuestión. Los registros médicos son considerados documentos muy personales, y deben estar resguardados desde un punto de vista ético y legal. Incluso si ocurren errores en el proceso del tratamiento médico es imperativo que se den a conocer al paciente o a su familia, y que los registros no sean alterados. Hay buenas razones para revelar errores, entre ellas para mantener la relación de confianza que existe entre el paciente y el médico, y también debido al hecho de que la posibilidad de registrar dichos errores realmente podría reducir el número de errores médicos en el futuro.

Los registros médicos no deben ser falsificados para ocultar errores o cualquier otra racionalización del proceso de tratamiento.

## **9.7 ¿Se debería utilizar la información obtenida en los estudios médicos nazis?**

### **Caso de Estudio**

Eduard Pernkopf obtuvo su título de médico en la Facultad de Medicina de Viena en 1912, y sirvió como médico en el ejército durante un año en la Primera Guerra Mundial. En 1933, ya como profesor de Medicina y director del Departamento de Anatomía en el Instituto en Viena, se unió al Partido Nazi. Un año más tarde se unió al ejército y fue un ferviente admirador del régimen a lo largo de toda la era nazi. El Dr. Pernkopf fue nombrado Rector de la Universidad de Viena en 1943 y fue el editor de uno de los libros de Anatomía más preeminentes jamás producidos, *Anatomie des Menschen Topographische*. El Atlas de Pernkopf constaba de siete volúmenes que incluían numerosas ilustraciones, llegando a facilitar al lector más de 800 imágenes del cuerpo humano. Ya sea desde la perspectiva médica o artística, dicho trabajo era un logro supremo en materia de anatomía y calidad de ilustración.

Pernkopf comenzó a compilar su Atlas en 1933, terminándose por completar dicho trabajo después de su muerte en 1955. Para su realización se contrató a varios artistas que asumieron la tarea de ilustrar el libro, muchos de los cuales pertenecían al Partido Nazi al igual que el Dr Pernkopf. Entre estos artistas se encontraban Erich Lepier, Franze Batke y Karl Endresser, quienes con frecuencia han demostrado su lealtad a dicho partido mediante la inclusión de todo tipo de simbologías e iconos en sus ilustraciones anatómicas. Erich Lepier solía firmar sus trabajos con su nombre acompañado de una esvástica. Por otro lado, Karl Endresser firmó su nombre con el símbolo “SS” en su pintura de una disección anatómica del muslo de un hombre aparentemente circuncidado. La firma de Franz Batke también es seguida de un símbolo “SS”, y se encuentra en su trabajo sobre una disección anatómica del cuello. Estos son sólo algunos de los ejemplos en que los íconos nazis aparecen en ediciones de la versión original del libro.

En 1938, justo después de la incorporación de Austria a Alemania, el doctor Pernkopf fue nombrado Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Viena y también Editor Jefe de la revista oficial de la Sociedad de Médicos de Viena.

Después de la guerra, el Dr Pernkopf fue encarcelado por tres años, aparentemente sin ser condenado por ningún delito. Al entrar en prisión Pernkopf fue despojado de todos sus títulos, pero de todos modos siguió trabajando en su Atlas. Finalmente murió en 1955, siendo publicada después de su muerte la edición final de los volúmenes de anatomía en los que trabajó gran parte de su vida.

A pesar de existir ediciones más recientes del libro con las mismas ilustraciones, la mayor parte de los iconos nazis fueron eliminados o alterados con las firmas. Un estudiante de medicina o cirujano cualquiera podría utilizar las versiones más actuales de Atlas de Pernkopf sin darse cuenta de la afinidad con el régimen Nazi del médico y de los artistas que colaboran con él.

### **Antecedentes**

Durante muchas de las décadas que siguieron a la guerra poco se ha dicho o escrito acerca de Pernkopf, ya sea sobre su historia personal o sobre los orígenes de su Atlas. A principios de 1960 las esvásticas fueron retiradas de las placas de impresión de las ilustraciones, y el Atlas fue traducido a otros idiomas.





En 1990 una reseña del Atlas publicada en el *New England Journal of Medicine* lo definió como un “libro excepcional que debe ser de gran valor tanto para los cirujanos, como también para cualquier otro que elija estudiar la anatomía humana” y como “único en su clase y como tal siempre será valorado como una obra de referencia, incluso si su costo prohibitivo y gran detalle lo hacen inadecuado para ser comprado por la mayoría de los estudiantes de medicina”.

Otra reseña publicada en la revista de la *American Medical Association*, también en 1990, indicó que dicho Atlas es un “clásico entre los Atlas de Anatomía” y que “será más útil para otorrinolaringólogos y cirujanos, como también para oftalmólogos e incluso ortopedistas”.

Los volúmenes del Atlas de Pernkopf se pueden encontrar en los principales centros médicos alrededor del mundo. Sin duda, este Atlas de Anatomía ha ayudado a numerosos anatomistas, cirujanos y a otros médicos a lo largo de décadas.

En 1985 Gerald Weissman publicó un artículo sobre el discurso de Pernkopf en *Nacionalsocialismo y Ciencia*, el cual se centraba en su inquebrantable ideología nacionalsocialista, su defensa fervorosa de la higiene racial, y se refería al accionar de otros médicos nazis de aquel momento. En 1988 David Williams escribió un artículo sobre la historia de los Atlas revelando detalles biográficos acerca de las actividades políticas de Pernkopf. En 1995 un artículo en la revista *Annals of Internal Medicine* relató la historia de la Universidad de Viena en 1938, donde se detallaban las actividades administrativas y políticas de Pernkopf, así como también su labor profesional en la publicación del Atlas. Se decía que el mismo contenía el material de los niños que murieron en un hospital vienés, como también de otras personas que fueron ejecutadas, siendo utilizados sus cadáveres con fines didácticos por el Instituto de Anatomía de Pernkopf.

Estos artículos, así como investigaciones adicionales sobre el tema, condujeron a que en 1995 se formulara una solicitud formal por parte de Yad Vashem, la Autoridad Israelí del Recuerdo de las Víctimas y Mártires del Holocausto, con el fin de que la Universidad de Viena llevara a cabo una investigación para esclarecer los antecedentes e historia del Atlas.

El artículo que terminó por provocar la controversia actual sobre el Atlas fue una carta dirigida al editor de la revista JAMA, enviada en noviembre de 1996 y firmada por un profesor de cirugía dental de la Universidad de Columbia, el Dr. Howard Israel, y un profesor de medi-

cina familiar y comunitaria de la Universidad de Toronto, El Dr. William Seidelman. Ellos observaron específicamente que algunas de las fotos contenían expresiones y simbolismos que demostraban afinidad hacia los nazis (las esvásticas y letras “SS” en las firmas de los artistas).

Su carta pone en evidencia un legado de una época trágica en la que los abusos de la Medicina impregnaron toda la profesión médica.

El informe final de la comisión de la Universidad de Viena fue expedido el 1 de octubre de 1998. La investigación dictaminó lo siguiente:

*“El Instituto de Anatomía ha recibido estimativamente 1.377 cuerpos de personas ejecutadas, entre ellas 8 víctimas de origen judío... Sobre la base de un decreto general del 18 de febrero de 1939, los cuerpos de personas ejecutadas fueron asignados al Departamento de Anatomía de la universidad más cercana para ser usados a efectos de la investigación y la enseñanza... No se encuentran pruebas que aseguren que los cuerpos habían sido llevados al Departamento de Anatomía de Viena desde el complejo del campo de Mauthausen. ... Las presunciones y sospechas de que algunas de las ilustraciones podrían ser de los prisioneros de guerra, o víctimas judías, se basan predominantemente en las impresiones que llaman la atención al observador crítico. Sin embargo, la investigación no fue capaz de demostrar ni refutar estos postulados. Debido a la práctica sistemática de la toma de muestras de carácter anónimo, parece probable que una clarificación final de tales sospechas se haga imposible por el momento”.*

El tremendo abuso de poder por parte de los médicos nazis está bien documentado. Durante la Segunda Guerra Mundial se cometieron crímenes de carácter indescriptible contra inocentes, orquestados por los nazis. Algunos de estos crímenes se limitaban a la ejecución, mientras que otros eran lentos y tortuosos, desembocando en angustias que podían ser provocadas en la vida cotidiana o debido a la experimentación médica de la que formaban parte forzosamente. La experimentación médica en humanos perpetrada por los nazis es una de las principales controversias en el campo de la Medicina al día de hoy. Muchos se preguntan si los datos recabados por los nazis, los cuales han sido obtenidos sin consentimiento, deberían utilizarse para mejorar el conocimiento del campo de la medicina en ciertas áreas. Por ejemplo, los experimentos conducidos en Dachau por el Dr. Sigmund Rascher que estudiaban el fenómeno de la hipotermia no fueron obra de un loco desquiciado que trabajaba en el aislamiento del campo de concentración. Los experimentos de Rascher, que implicaban la inmersión



de prisioneros en agua congelada, se llevaron a cabo para la Luftwaffe, la Fuerza Aérea Alemana. Los resultados obtenidos por Rascher en esta temática siguen siendo citados en la actualidad en la literatura médica.

La ciencia médica alemana ha aprovechado el asesinato en masa ocurrido en la era de Hitler como una oportunidad para explotar los restos de los muertos. Los traslados de cuerpos desde las cámaras de ejecución de las prisiones supervisadas por la Gestapo hacia los institutos universitarios de anatomía ocurrían con regularidad. Por lo que se sabe hoy en día, todos los Departamentos de Anatomía de Alemania y todas las Facultades de Medicina, sin excepciones, aceptaron la oferta de los cuerpos.

En la actualidad diversos proyectos de investigación estudian el papel ético de los anatomistas alemanes durante el Tercer Reich, y el uso de los cuerpos de las víctimas ejecutadas.

## Referencias

1. Michel C. Atlas, Ethics and Access to Teaching Materials in the Medical Library: the Case of the Pernkopf Atlas [Ética y acceso a materiales de enseñanza en la Biblioteca Médica: el caso del Atlas Pernkopf]. *Bull Med Libr Assoc.* 89(1): 51-58 (January 2001).
2. Robert L. Berger, Nazi Science: *Comments on the Validation of the Dachau Human Hypothermia Experiments* [Comentarios sobre la validación de los experimentos sobre hipotermia humana en Dachau]. In Arthur L. Caplan, *When Medicine Went Mad. Bioethics and the Holocaust* (Humana Press, 1992).
3. S. Hildebrandt, Anatomy in the Third Reich: Outline, Part 1. National Socialist Politics, Anatomical Institutions and Anatomists [Anatomía en el Tercer Reich: parte 1. Políticas nacionalsocialistas, instituciones de Anatomía y anatomistas]. *Clinical Anatomy* 22:883-893(2009).
4. S. Hildebrandt, Anatomy in the Third Reich: Outline. Part 2: Bodies for anatomy and related medical disciplines [Anatomía en el Tercer Reich. Parte 2: Los cuerpos para la anatomía médica y disciplinas relacionadas]. *Clinical Anatomy* 22, 894–905 (2009).
5. Howard A. Israel, William E. Seidelman, Nazi Origins of an Anatomy Text: The Pernkopf Atlas [Orígenes nazis de un texto de anatomía: El Atlas Pernkopf]. *JAMA* 276(20): 1633 (1996).
6. S. Hildebrandt and C. Redies (Eds.) Anatomy in the Third Reich [Anatomía en el Tercer Reich]. *Annals of Anatomy* 194, Issue 3 (2012).



## **Pregunta**

¿Es ético utilizar los datos médicos recabados por los Nazis?

## **Discusión**

El caso de Pernkopf implica el uso de un Atlas de Anatomía que contiene dibujos de las víctimas de los crímenes perpetrados por los nazis. El mismo se desarrolló décadas antes de la disponibilidad generalizada de imágenes anatómicas de otras fuentes y se utilizó en muchas, quizás en la mayoría, de las Facultades de Educación Médica. Por lo tanto, la significativa contribución de este Atlas clásico de Anatomía para los profesionales de la salud en los últimos años sigue siendo incuestionable. Sin embargo, un examen atento de los antecedentes de Eduard Pernkopf y sus artistas, y en particular de cómo se produjo este trabajo, plantea preguntas significativas relativas a la ética biomédica, las cuales son muy relevantes en la actualidad. Algunas de las preguntas que surgen con este caso son: ¿Es importante determinar el origen de los sujetos utilizados en la producción del Atlas de Pernkopf? ¿Es apropiado utilizar esta información? ¿Cómo abordamos cualquier dato de investigación que se ha obtenido de forma poco ética? Hay distintas posiciones en este debate ético:

1) El Atlas y otros datos recabados deberían utilizarse para la investigación médica y para la educación, sin restricciones ni censura alguna. No hay nada que se pueda hacer ahora acerca de cómo se obtuvieron los cadáveres. El conocimiento científico a menudo puede ocurrir bajo condiciones que no siempre son ideales o éticas (por ejemplo, en las guerras). Se podría derivar algún beneficio de la utilización del Atlas hoy en día, para salvar una vida o para permitir a un cirujano realizar su actividad con mayor habilidad.

2) Los datos deben ser utilizados para la investigación y la educación con algunas restricciones y con cierta censura. Algunas de las restricciones podrían incluir: a) la investigación del problema que rodea a dichos datos; b) la conmemoración de las víctimas; c) el reconocimiento explícito en las nuevas ediciones de la obra acerca de la historia de Pernkopf y del Atlas; d) que operen algunas pautas de censura restringida (que no esté disponible para la venta pública o en los estantes de las Bibliotecas).

3) Otros sostienen que al no utilizar los datos estamos permitiendo a quienes niegan el Holocausto que fortalezcan su posicionamiento, y al mismo tiempo nos estamos olvidando de las víctimas inocentes que soportaron la crueldad de los experimentos. La gente cree que con la



publicación de los datos no sólo estaremos probando fehacientemente que estas atrocidades en efecto se produjeron, sino que también permite recordar a sus víctimas, y por ende ayudar a evitar que tales crueldades vuelvan a ocurrir. Algunos creen que es mediante el uso de los datos que se puede honrar en cierto punto a las víctimas.

4) Algunos de los sobrevivientes de los experimentos creen que los datos deben ser utilizados, y dado que las aberraciones fueron vividas por ellos en primera persona, consideran que pueden hablar en representación de aquellos que no han corrido la misma suerte y por ende perecieron en los campos.

5) Otros pueden argumentar que el verdadero propósito de la ciencia es servir a la humanidad para aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida. Los experimentos nazis y los ejemplos de los Atlas de Anatomía se llevaron a cabo sin ningún tipo de consentimiento e incluyeron métodos no éticos, crueles y torturas. Los defensores de esta opinión indican que la ciencia y la ética son inseparables, y que por ende resulta imposible justificar el uso de datos científicos que han emanado de la práctica de médicos que abusan de su código ético en la investigación, en la cual causaron un sufrimiento humano incomprensible.

6) Algunos podrían considerar los antecedentes morales y éticos de los investigadores (en este caso de los artistas) como un factor esencial en los experimentos médicos. Ellos argumentan que debemos “separar el trabajo de la persona que lo realizó”. Otros argumentan que nunca debemos separar el trabajo de la persona.

7) Otros van más lejos y argumentan que el uso actual de los datos científicos que se desprenden de los crímenes nazis prepararía el campo para la repetición de tales violaciones de la ética biomédica. Así, podría producirse un escenario en el cual habría más justificaciones potenciales y racionalizaciones disponibles para el uso de métodos de experimentación médicos no éticos en el nombre del avance de la ciencia

8) Otra preocupación que se ha expresado es la de la validez científica de los experimentos nazis.

9) Una razón adicional para no usar los datos es la afirmación que enuncia que para que un experimento se realice correctamente tiene que poder ser repetido. Los experimentos crueles realizados por los nazis serían prácticamente imposibles de replicar, especialmente teniendo en cuenta el estado en el que estaban los pacientes.



# 10. Médicos y tortura

## Estudio de Caso

Georges-André Kohn nació en París el 23 de abril de 1932. En agosto de 1944 fue enviado a Auschwitz. Allí fue encarcelado en el bloque número 11, el cual alojaba a 19 niños judíos de entre 5 a 12 años de edad, provenientes de todas partes de Europa. Los médicos nazis planearon utilizar a los niños para realizar experimentos médicos.

A fines de noviembre de 1944, mientras que el Ejército Rojo avanzaba sobre Auschwitz, Georges y los otros 19 niños fueron transportados al campo de concentración de Neuengamme, cerca de Hamburgo. En Neuengamme, un doctor de la SS, Kurt Heissmeyer, realizó crueles y espantosos experimentos médicos en estos niños. Inicialmente los infectó con tuberculosis, una enfermedad pulmonar letal. Antes de Navidad todos los niños estaban seriamente enfermos. Georges estaba débil y no podía ponerse de pie por sí solo, según los reportes de los médicos franceses de la cárcel y las enfermeras holandesas, quienes eran también prisioneros. Tanto los médicos como las enfermeras cuidaron y trataron a los niños, convirtiéndose en sus padres sustitutos.

El doctor Heissmeyer retiró los ganglios linfáticos de los niños, porque creía que contenían una sustancia específica que generaba la protección contra la tuberculosis en el cuerpo. Tras remover todos los ganglios linfáticos de los niños, estos fueron fotografiados, levantando sus brazos para poder mostrar ante las cámaras las cicatrices de dicha operación.

En abril de 1945, cuando se acercaba rápidamente el final de la guerra, los doctores de la SS y los líderes del campo de Neuengamme temieron ser condenados por los Aliados si sus atrocidades eran descubiertas. Con el fin de encubrir sus experimentos médicos los líderes de la SS llevaron a los niños, junto con las enfermeras, a la escuela de Bullenhusen Damm, la cual estaba localizada en una zona bombardeada y abandonada de la ciudad de Hamburgo. El 20 de abril de 1945 la SS ahorcó a todos los niños en el sótano de la escuela. Sus cadáveres fueron cargados en un camión y llevados nuevamente a Neuengamme, donde fueron cremados. La guerra en Europa terminó 17 días después de este hecho.



## Antecedentes

Kurt Heissmeyer estudió Medicina en Marburg, donde se afilió a la fraternidad antisemita llamada *Arminia*. En 1933 ya estaba matriculado para ejercer la Medicina, y se convirtió en un residente del hospital Auguste-Victoria en Berlín. En 1937, el doctor Heissmeyer se unió al Partido Nazi, y un año después fue nombrado como jefe médico en Hohenlychen, un centro de salud y recreación dirigido por la Cruz Roja en Uckermark (al norte de Berlín), del cual posteriormente se convirtió en director adjunto.

Para cumplir su objetivo de convertirse en Profesor de Medicina, Heissmeyer propuso emprender experimentos sobre la tuberculosis. A pesar de que sus conocimientos sobre dicha enfermedad eran limitados, tenía buen contacto con los círculos nazis, por lo que recibió el permiso para proceder con sus experimentos sobre los prisioneros de los campos de concentración. En junio de 1944 comenzó sus experimentos en Neuengamme, donde inicialmente los practicaba en adultos, empleando una cepa de bacilos tuberculosos, y luego procedía a utilizar a niños como sujetos de prueba. Cada miércoles viajaba 165 millas desde Hohenlychen hasta Neuengamme para supervisar sus experimentos en los prisioneros.

A pesar de que los registros médicos preservados fueron de sólo 32 adultos, se cree que Heissmeyer experimentó con alrededor de 100 individuos. Los niños fueron seleccionados del campo de concentración de Auschwitz. Los mismos eran diez niñas y diez niños, de entre cinco y doce años de edad. El viaje de dos días hacia Neuengamme lo realizaban en tren. Heissmeyer asignaba un conejillo de indias a cada niño y luego ambos eran inyectados con el mismo bacilo. Luego de un mes, debido a las inyecciones subcutáneas de la bacteria de tuberculosis, todos los niños estaban enfermos.

A medida que las condiciones de las víctimas empeoraban, Heissmeyer pensó que sería útil ver cómo las glándulas axilares de los niños reaccionaban ante la bacteria. Como no era cirujano, ordenó a un residente cirujano checo, Bogumil Doclik, que llevara a cabo la disección de los nódulos linfáticos. Estos crueles procedimientos eran realizados bajo anestesia local y las heridas se dejaban abiertas y se taponaban con gasa estéril [técnica de *packing*]. Una semana después de la cirugía la gasa era removida de la herida. Al cabo de dos semanas ya se habían tomado muestras de los nódulos bilaterales axiales de cada niño. Las glándulas eran preservadas en formalina, y cuando todos los procedimientos se completaban las muestras eran enviadas a un patólogo.

Luego de que los procedimientos se hubieran llevado a cabo, los niños crecían débiles y eran confinados a sus celdas. Posteriormente, Heissmeyer se vio confrontado por un dilema: ¿Qué hacer con veinte niños judíos, enfermos y moribundos? Para cubrir la evidencia, se decidió por asesinarlos. En la tarde del cumpleaños de Adolf Hitler (20 de abril) los niños fueron ahorcados.

El doctor Heissmeyer huyó a Hohenlychen el 21 de abril de 1945. Se instaló en Magdeburg, donde ejerció como neumonólogo. Durante 18 años pudo ejercer exitosamente como gerente de la única clínica privada de tuberculosis en Alemania. En 1966 fue condenado a cadena perpetua en Bautzen. Catorce meses después, murió de un paro cardíaco.

Luego de mucha resistencia, la escuela de Bullenhusen Damm se convirtió en un monumento en honor a los niños asesinados. Hoy en día la escuela lleva el nombre de *Janusz Korczak*, quien fue un médico judío que dirigió un orfanato de Varsovia y que fue asesinado con sus huérfanos en Treblinka, en agosto de 1942.

## Referencia

Gunther Schwarberg, *The Murders at Bullenhusen Damm. The SS Doctor and the Children [Los crímenes en Bullenhusen Damm. Los médicos de las SS y los niños]* (Indiana University Press, 1980).

## Pregunta

¿Es ético que un médico participe en la tortura?

## Discusión

Durante la época nazi, las normas éticas asociadas a la Medicina fueron reemplazadas con frecuencia por preceptos de su ideología racista, así como por conveniencias políticas, económicas y militares. La visión del mundo nazi legitimó la tortura y la aniquilación de los enfermos, los retrasados mentales, y las personas saludables por igual. Tanto los fundamentos para la tortura, así como sus métodos, fueron desarrollados en gran parte por los médicos. Algunos médicos también participaron activamente en la tortura. Esto se observa sobre todo en los experimentos médicos inhumanos llevados a cabo por los nazis, en los que miles de víctimas eran mutiladas y asesinadas.

Si bien las atrocidades cometidas por los nazis más de medio siglo atrás seguramente representen en la conciencia de todos la violación a





los derechos humanos más prominente de la historia, la tortura y otros actos inhumanos todavía son llevados a cabo hoy en día. La tortura sigue estando justificada y se practica en muchos países, e incluso ha sido percibida como un mal necesario en la “*guerra global contra el terrorismo*”. Si bien es difícil imaginar cómo los médicos pueden estar vinculados con la tortura, existen pruebas documentales de que, en algunos lugares del mundo, la participación de estos profesionales en la tortura se sigue llevando a cabo en la actualidad. Los médicos están capacitados para reducir el sufrimiento y salvar vidas; la tortura, sin embargo, implica la intención deliberada de causar sufrimiento, a veces hasta el punto de la muerte. En este sentido, ¿cómo podemos explicar la participación de los médicos en la tortura?

Los médicos entran en contacto con la tortura de muchas maneras. Las víctimas de tortura a menudo necesitan atención médica, ya sea en la prisión, centros de detención o en el hospital. Así que los médicos con frecuencia son los primeros en detectar casos de tortura, ya que son los primeros en examinar a la víctima. Aquellos que cometen estos cruentos actos a veces buscan la ayuda y los consejos de los médicos. Los informes de varios países indican que los médicos han estado presentes cuando la tortura se ha llevado a cabo y, a veces, los médicos han actuado como asesores médicos o supervisores de estos procedimientos. Los médicos también han utilizado su experiencia clínica para brindar tratamiento médico durante la tortura a las víctimas, ya sea para brindarles apoyo o para resucitarlas. En otros casos, los médicos han sido llamados a proporcionar informes médicos después de la ejecución de la tortura, y en algunos casos han proporcionado registros médicos falsos o inexactos.

Por lo general, la tortura se lleva a cabo en las prisiones, centros de detención de la policía y en las instituciones militares. De este modo, los médicos que trabajan en las cárceles, en la fuerza pública y en el ejército son los que tienen más probabilidades de encontrarse con casos de tortura. Ellos son también los más propensos a estar expuestos a ella.

Puede haber muchas razones por las que los médicos se vean involucrados en la tortura, las cuales van desde la lealtad al lugar de trabajo, las amenazas de violencia, las creencias religiosas, ideológicas o nacionales, y en algunos casos, tal vez incluso el sadismo. Las cuestiones éticas en la medicina rara vez tienen negro-o-blanco, soluciones equivocadas o acertadas, aunque en el caso de la tortura sí nos acercamos considerablemente a la certeza: la participación de los médicos en la tortura, en

cualquier forma y grado, es siempre contraria a la ética médica. Esto está establecido por todas las normas internacionales y regionales sobre derechos humanos.

La evidencia revela que la mayoría de los médicos intenta constantemente actuar velando por el interés superior de sus pacientes. Piensan que la tortura es aberrante y no quieren asistir o participar en ella de ninguna manera. Sin embargo, a pesar de estas motivaciones y preocupaciones, como se muestra arriba, algunos médicos pueden encontrarse en circunstancias en las que puedan ser obligados a actuar de maneras que son contrarias a los principios de la ética médica.

Todos los médicos deben negarse a colaborar en la tortura. Sin embargo, hay que reconocer que colocar todo el peso del rechazo a estas prácticas en el médico en tanto individuo puede ponerlo en aprietos a la hora de tomar decisiones en ciertos entornos y en circunstancias sumamente estresantes. La negativa del médico a participar en la tortura se hará inmensamente más fácil si el peso colectivo de las profesiones médicas y legales está respaldando dicho posicionamiento de rechazo.

## **11. Participación de los médicos en el genocidio**

### **Caso de estudio**

Winfried Georg Rolf Eberl nació en Bregenz, Austria, en 1910. Empezó sus estudios de Medicina en Innsbruck y se unió al Partido Nazi en 1931. Después de graduarse de la escuela de Medicina, se trasladó a Dessau, Alemania, donde sirvió como Jefe de Salud Pública. En 1939, a pesar de su limitada formación en Psiquiatría, el doctor Eberl fue nombrado Jefe del Centro de Brandenburg, una prisión que se transformó en el primer sitio de implementación del programa “T-4 Eutanasia”.

En Brandenburg, el doctor Eberl fue el responsable de la organización y la aplicación de la “eutanasia” para los pacientes con enfermedades mentales. Posteriormente, fue nombrado Jefe del Hospital de Psiquiatría Bernberg, donde fue nuevamente encomendado con la tarea de establecer un programa de “eutanasia” que debía incluir los métodos de asesinato con gas. El doctor Eberl también jugó un papel importante en mantener en secreto el programa, interviniendo incluso en la falsificación de las



actas de defunción. Durante el curso del programa T-4 unos 9772 pacientes en Brandenburg y 8601 pacientes en Bernberg fueron asesinados bajo el precepto de la “eutanasia”. Un total de 70.273 personas murieron a lo largo del programa de 18 meses de duración (1939-1941).

En abril de 1942, al doctor Eberl le fue asignada la tarea de gestionar la construcción de Treblinka, un campo de exterminio construido exclusivamente para los asesinatos en masa de judíos.

El 23 de julio de 1942 llegó el primer grupo de judíos transportados desde el gueto de Varsovia, el cual sería secundado por otros trenes de carga que cotidianamente traían cientos de miles de víctimas inocentes y desprevénidas.

A finales de agosto de 1942, el doctor Eberl fue relevado de sus funciones en Treblinka, porque, a pesar de haber establecido un récord en el número de gente asesinada, fue acusado de ser administrativamente ineficiente en la eliminación de los cuerpos. Se estima que 280.000 personas fueron asesinadas en Treblinka en las seis semanas de mando del Dr. Eberl.

A partir de julio de 1942 y hasta noviembre de 1943 entre 870.000 y 925.000 personas murieron en el campo de exterminio de Treblinka.

En 1944, el Dr. Eberl se unió a la Wehrmacht, donde permaneció durante el resto de la guerra. Fue detenido en enero de 1948 y se ahorcó en su celda el 15 de febrero de 1948.

## Referencias

1. Rael Strous, Dr. Irmfried Eberl (1910–1948): Mass Murdering MD [Asesinatos médicos en masa]. *IMAJ*, VOL 11, April (2009).
2. Yitzak Arad, *Belzec, Sobibor, Treblinka: The Operation Reinhard Death Camps* [*Belzec, Sobibor, Treblinka: los campos de exterminio de la Operación Reinhard*] (Indiana University Press, 1987).

## Antecedentes

La operación T-4 fue el primer programa Nacionalsocialista de asesinato en masa dirigido a los ciudadanos alemanes, incluidos los discapacitados mentales y los enfermos congénitamente, todos los cuales fueron considerados “vidas no dignas de ser vividas” y una carga económica para el Estado.

En primer lugar, el programa de eutanasia estableció el personal necesario y los protocolos a seguir, así como el mecanismo burocrático y científico para llevar a cabo de manera eficiente asesinatos en masa.



Algunos de los médicos y profesionales técnicos que habían ganado experiencia en el asesinato de los pacientes psiquiátricos en Alemania eran transferidos para supervisar e implementar el genocidio en los judíos y gitanos en los campos de exterminio, localizados principalmente en Polonia. Estos campos incluyen Chelmno, Belzec, Treblinka, Majdanek y Auschwitz.

La participación de los médicos en el genocidio tomó muchas formas. Algunos médicos, tales como el Dr. Imfried Eberl, fueron los encargados de la construcción, organización y gestión de las instalaciones de exterminio. En otros casos, los médicos sirvieron como consultores, mismo rol que ocuparon los químicos y otros científicos e ingenieros, para supervisar y perfeccionar las especializadas técnicas de asesinato, ya sea a través de inyecciones letales, la inanición, o el gas.

Los médicos llevaban a cabo las “selecciones entre la vida y la muerte” de los prisioneros, tanto al momento de su llegada a los campos, como posteriormente, luego de que los prisioneros hubieran estado en el campo sólo unos pocos días, semanas, meses, o en algunos casos incluso años. Los médicos decidían qué prisioneros eran físicamente aptos para trabajar y cuáles debían ser enviados a las cámaras de gas. También proporcionaban asesoramiento en cuanto a cómo continuar con las selecciones sin problemas. Fueron incluso consultados acerca de cómo operar eficientemente los crematorios, determinaron causas ficticias en la muerte de las víctimas, y fueron responsables de la falsificación de las actas de defunción de las mismas. En muchos casos, los médicos nazis administraron inyecciones letales, o bien les ordenaron a las enfermeras que llevaran a cabo los homicidios. Los médicos fueron responsables de la puesta en marcha y de la ejecución efectiva de la cruel y antiética experimentación en humanos.

Los médicos participaron activamente en el proceso real de asesinato, interviniendo desde su origen cuidadosamente calculado y hasta en el examen post-mortem de algunas de las víctimas.

## Referencias

1. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide* [Los médicos nazis: homicidios médicos y psicología del Genocidio] (Basic Books, 2000).
2. Robert N. Proctor, *Racial hygiene: Medicine under the Nazis* [Higiene racial: Medicina bajo el nazismo] (Harvard University Press, 1988).



## **Pregunta**

¿Es posible que los médicos se involucren en los homicidios llevados a cabo por el Estado?

## **Discusión:**

¿Cómo concilian los médicos su **juramento hipocrático con el mandato de genocidio?**

Al igual que muchos otros grupos profesionales, los médicos son miembros de un colegio profesional y sensibles al código moral y al clima imperantes en una sociedad. De todos modos, los médicos también están capacitados para actuar de acuerdo a sus propias posturas éticas profesionales. En la mayoría de las sociedades los médicos son vistos como funcionarios públicos; también son considerados sujetos de confianza y son respetados por la mayoría de la gente en una comunidad o nación. A veces, las autoridades políticas intentan utilizar a los médicos como agentes para proporcionar un marco de legitimación a las acciones tomadas por el Estado. Cuando una nación adopta una política excluyente de hiper-nacionalismo, todos sus ciudadanos, médicos incluidos, pueden encontrarse a sí mismos en ambos lados de la línea divisoria. En esas ocasiones, los médicos se pueden encontrar a sí mismos en una situación de ambigüedad profesional y ética. ¿A quién le deben lealtad: a sus pacientes o a la nación? Ya sea como participantes voluntarios o cómplices renuentes, los médicos se han involucrado en la planificación e implementación de asesinatos en masa en numerosos países.

En 1915, algunos médicos turcos otomanos llevaron a cabo experimentos médicos, participaron en las deportaciones en masa, y promovieron una ideología genocida que llevó a la muerte generalizada de la población armenia. Menos de dos décadas más tarde, los médicos en la Alemania Nazi también cometieron atrocidades en un sistema que culminó en el Holocausto. Esto también ocurrió cuando los médicos hutus se volvieron en contra de los pacientes tutsis durante el genocidio de Ruanda. Del mismo modo, un tribunal internacional acusó a los médicos serbios de crímenes de guerra por su papel en la limpieza étnica en Bosnia y Kosovo. Estos son sólo algunos ejemplos de la participación de los médicos en los casos de genocidio.

Incluso en situaciones no necesariamente concebidas como genocidios a gran escala, los médicos han aportado su experiencia médica en un esfuerzo por eliminar o restringir los elementos “indeseables” de la población. Por



ejemplo, el personal médico de Argentina, Bolivia, Chile, Irak y de otros países participó en la tortura y la muerte de los disidentes y enemigos del Estado. Otro ejemplo de participación médica en matanzas patrocinadas por el gobierno es en el caso de las ejecuciones, incluyendo las de los EE.UU.

Hay muchas teorías que ofrecen perspectivas diferentes para explicar cómo los médicos vienen a justificar y respaldar programas que se encuentran en apariencia tan en contradicción con su papel como sanadores.

Una teoría sostiene que los médicos no abandonan la ética médica para seguir políticas eugenésicas o genocidas; más bien, reinterpretan a la ética para que coincida con la agenda política dominante de la época.

Una segunda teoría promueve la idea de la participación a través de la “resbaladiza pendiente”, por la cual las transgresiones de los códigos médicos, éticos, morales y sociales comienzan a pequeña escala, pero poco a poco se acumulan y con el tiempo se transforman en un espiral fuera de control.

Una tercera teoría sostiene que los médicos participan, porque no pueden encontrar una manera de excusarse a sí mismos de tales tareas sin sufrimiento o daño personal, profesional o lesiones graves.

Una teoría final argumenta que algunos médicos buscan agresivamente participar en los programas genocidas o eugenésicos, con motivaciones que van desde el deseo oportunista de obtener un beneficio personal o profesional, hasta la creencia arraigada en la ideología exterminadora defendida por los poderes y autoridades políticas.

Es pertinente ponderar si hay o no alguna vez un papel para los médicos y enfermeras en el asesinato patrocinado por el Estado. La Asociación Médica Mundial exige una ética médica consistente, que no haga diferencia entre la guerra y la paz. De acuerdo con sus directrices, la ética médica en tiempos de conflicto armado es idéntica a la ética médica en tiempos de paz. La obligación primaria de los médicos es hacia sus pacientes. Al ejercer su deber profesional deberán seguir la guía de su conciencia en tanto profesionales de salud, y de la tradición de larga data inherente a la ética en la medicina.

No hay duda de que las acciones de Irmfried Eberl, al igual que las de otros médicos bajo las órdenes del nacionalsocialismo, eran antiéticas en tanto asesinaban en nombre del Estado. Algunas de las defensas que citaban son las siguientes: 1) simplemente estaban cumpliendo órdenes; 2) la eutanasia alivia la gente de su sufrimiento; y, 3) que estaban curando a la nación mediante la eliminación de sus segmentos no saludables.



Algunos fueron condenados por sus crímenes y fueron castigados. Otros, como Irmfried Eberl, se suicidaron en lugar de enfrentarse a un juicio. La mayor parte de los médicos nazis continuaron con sus vidas después de la guerra, sin tener que pagar ningún precio por sus acciones.

## 12. La ética de las compañías farmacéuticas en materia de investigación médica

### Estudio del caso

El médico de la SS Helmuth Vetter nació en 1910 en Rastenburg, Turingen. Fue empleado muchos años de la empresa farmacéutica Grupo Bayer WII, perteneciente a la Industria I.G Farben S.A, y ubicada en Leverkusen, donde trabajó como vendedor y visitador médico. Como parte de su trabajo Vetter viajó a Auschwitz, Mauthausen y otros campos, con el fin de probar los experimentos médicos que estaban siendo conducidos sobre medicamentos farmacéuticos en los prisioneros. Entre 1942 y 1944, Vetter se trasladaba diariamente entre Auschwitz y Mauthausen para supervisar los ensayos clínicos que se llevaban adelante acerca de los efectos de los productos de Bayer sobre diversas condiciones médicas como el tifus, la tifoidea, la paratifoidea, la diarrea, la tuberculosis, la erisipela y la escarlatina.

Con el fin de obtener sujetos humanos para la investigación, Vetter seleccionaba prisioneros que sufrían de enfermedades específicas. Los internos del campo fueron escogidos en base a distintos criterios, incluyendo los grupos de control, los cuales ejemplificaron las diferentes etapas de las enfermedades. Se les administraba dosis reguladas de las drogas, con el fin de probar la toxicidad y la eficacia de los medicamentos. Considerando solamente lo ocurrido en Auschwitz se concluye que Vetter ha utilizado al menos entre 150 y 250 pacientes prisioneros para llevar adelante estos experimentos. Las historias y registros de cada caso y sus resultados eran documentados. No se solicitó, ni se registró el consentimiento de ninguno de los sujetos que participaron de las investigaciones.

Estos experimentos farmacológicos no tenían por objetivo ayudar a los pacientes. Por el contrario, la intención era simplemente observar y

registrar las reacciones de los medicamentos sobre los pacientes. Incluso cuando era evidente que las drogas eran tóxicas, ocasionándole al sujeto afecciones sumamente dolorosas y sin tener efectos terapéuticos, los experimentos continuaban en su afán de recoger datos científicos para la empresa farmacéutica. Tales datos, entonces, serían usados por la corporación para fabricar, producir, y vender nuevos medicamentos. Un alto porcentaje de los pacientes prisioneros murieron a causa de dichos experimentos.

El Doctor Helmut Vetter fue condenado por crímenes de guerra en 1947 y fue ejecutado en 1949.

### **Antecedentes**

I.G Farben, la compañía química más grande en el mundo en ese momento, era un poderoso conglomerado de empresas alemanas: BASF, Bayer, Hoechst, y otras compañías químicas y farmacéuticas. IG Farben, el mayor donante a la campaña electoral de Adolf Hitler, donó 400.000 marcos a Hitler y el partido nazi, poco antes de su llegada a la Cancillería. Su apoyo a la maquinaria de guerra nazi y sus diferentes proyectos económicos hicieron que se convirtiera en uno de los mayores beneficiarios de la guerra.

Algunos de los departamentos farmacéuticas del IG Farben utilizaron prisioneros en experimentos humanos para probar nuevos medicamentos y vacunas en desarrollo. El gas Zyklon-B, utilizado por primera vez como un pesticida y más tarde como un método de gasificación con el fin de asesinar a millones, se deriva de una de las empresas relacionadas con el conglomerado empresarial IG Farben, la subsidiaria *Deutsche Gesellschaft für Schädlingsbekämpfung* (Degesh).

En Auschwitz, Bayer Leverkusen, otra filial, pagó por 150 mujeres presas con fines experimentales. La correspondencia entre el comandante de Auschwitz y la Compañía Bayer ha puesto de manifiesto lo siguiente:

*“Con miras a los experimentos planeados con una nueva droga para inducir el sueño apreciaríamos si usted puede colocar un número de presos a nuestra disposición... Confirmaremos su respuesta, pero consideramos que el precio de 200 RM por mujer resulta demasiado alta. Proponemos pagar no más de 170 RM por mujer. Si esto es aceptable para usted, las mujeres serán puestas en nuestro poder. Necesitamos unas 150 mujeres... Esperamos su aprobación del acuerdo. Por favor prepare para nosotros 150 mujeres en la mejor salud posible... Recibido el pedido de*





*150 mujeres. A pesar de su maltrecha condición se consideró satisfactorio. Vamos a mantenerlo informado de los acontecimientos relacionados con los experimentos... Se realizaron los experimentos. Todas las personas de la prueba murieron. Nos pondremos en contacto con usted en breve acerca de un nuevo envío”.*

Un ex preso de Auschwitz también testificó acerca de este experimento humano patrocinado por Bayer:

*“Había una gran sala de tuberculosos en el bloque 20. La empresa Bayer envió medicamentos en ampollas sin nombre y sin marcar. Los tuberculosos fueron inyectados con esas ampollas. Estas personas desafortunadas no fueron asesinadas en las cámaras de gas. Sólo había que esperar a que se murieran, para lo que no se necesitó mucho tiempo...*

*150 mujeres judías que habían sido comprados al campo por Bayer... sirven para experimentos con preparaciones hormonales desconocidos*

En mayo de 1943, dos influyentes médicos nazis, Karl Gebhart y Fritz Fischer, recibieron los honores de la Academia Médica Militar en Berlín por su patrocinio de los nuevos medicamentos producidos por el grupo farmacéutico Bayer Farben de la Industria IG. Los médicos informaron sobre la investigación del Dr. Helmuth Vetter, realizada en 200 mujeres presas en Auschwitz. Su informe revela cómo Vetter había inyectado gas o bacilos en los pulmones de las mujeres, haciendo que se mueran a causa de un edema pulmonar. Su presentación, alojada en el campo de concentración de Ravensbrück, fue publicada, y los resultados del experimento fueron distribuidos a la profesión médica alemana.

El médico de las SS en Buchenwald, el Dr. Waldemar Hoven, uno de los acusados en el juicio los médicos de Nuremberg en 1947, proveyó testimonio sobre el papel de IG Farben en los experimentos humanos realizados con los prisioneros en campos de concentración:

*“Debe ser conocido, sobre todo en los círculos científicos alemanes, que la SS no disponía de notables científicos. Está claro que los experimentos en los campos de concentración con preparaciones de IG sólo se llevaron a cabo con el interés de la IG, que se esforzó por todos los medios para determinar la eficacia de estos preparados. Dejaron que la SS hiciera frente al trabajo sucio en los campos de concentración -diría yo-. No era la intención de la IG hacer esto público, sino que más bien querían poner una cortina de humo en torno a los experimentos de modo que... pudieran mantener los beneficios para ellos mismos. No fue la SS*

*sino IG Farben quien tomó la iniciativa para los experimentos en los campos de concentración”.*

Además de su papel en experimentos con seres humanos y la fabricación de gas Zyklon B, IG Farben ha utilizado decenas de miles de presos como mano de obra esclava para la construcción y el trabajo del campo de Buna-Monowitz en Auschwitz. Particularmente, se ha utilizado el trabajo esclavo para la fabricación de caucho y combustibles sintéticos, una actividad importante en tiempos de guerra.

En 1946, un tribunal militar de Estados Unidos abrió un proceso penal contra veintitrés médicos alemanes líderes y administradores por su participación voluntaria en crímenes de guerra y contra la humanidad. Entre los cargos por los que fueron imputados, estaba la realización de experimentos médicos en miles de prisioneros de campos de concentración sin su consentimiento. La mayoría de los sujetos de estos experimentos murieron o permanecieron discapacitados permanentemente como consecuencia de ello. Como resultado directo de la prueba, el Código de Nuremberg se estableció en 1948, declarando que:

*“El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial.”*

El código dejó en claro que los sujetos deben dar su consentimiento y que los beneficios de la investigación deben compensar los riesgos. A pesar de que no tenía fuerza de ley, el Código de Nuremberg fue el primer documento internacional sobre la experimentación con seres humanos que defendía la participación voluntaria y el consentimiento informado. (Véase el Apéndice 1)

En agosto de 1947, veinticuatro ejecutivos de IG Farben Incorporated fueron acusados y juzgados por crímenes de guerra, incluyendo cargos por el saqueo de guerra/expropiación, esclavitud y asesinato. El juicio contra IG Farben condujo a la condena de trece de sus principales ejecutivos. Otros once acusados fueron puestos en libertad. En base al cambio de la política posterior a la Guerra, muchos de los ejecutivos condenados ha estado preso poco tiempo o ha tenido sentencias reducidas.

En 1951, la IG Farben se dividió en varias empresas importantes, entre ellas Bayer, Hoechst, BASF y otros. A mediados de los años 1970, estas tres empresas se convirtieron, una vez más, en una de las corporaciones más grandes del mundo.

En 1964, la Asociación Médica Mundial estableció recomendaciones que guían a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos,



conocida como la Declaración de Helsinki. La Declaración regula la ética de las investigaciones internacionales y define reglas para la “investigación combinada con la atención clínica” y “la investigación no terapéutica”. La Declaración de Helsinki fue revisada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2002, 2004 y 2008 (y de nuevo en 2014) y se considera el documento definitivo sobre cómo llevar a cabo la investigación clínica en la actualidad (Véase el Apéndice 4).

## Referencias

1. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide* [Los médicos nazis: homicidios médicos y psicología del Genocidio] (Basic Books, 1986).
2. Naomi Baumslag, *Murderous Medicine. Nazi Doctors, Human Experimentation, and Typhus* [Medicina asesina. Médicos nazis, experimentación humana y tifus] (Praeger Press, 2005).
3. Diamuid Jeffreys, *Hell's Cartel: IG Farben and the Making of Hitler's War Machine* [El Cartel del Infierno: IG Farben y la fabricación de la máquina de guerra de Hitler] (Metropolitan Books, 2008).

## Pregunta

¿Qué problemas éticos surgen cuando las empresas farmacéuticas están implicadas en la investigación médica?

## Discusión

El caso IG Farben muestra cómo en el pasado las industrias farmacéuticas abandonaron toda postura ética y llevaron a cabo investigaciones sin consideración hacia los pacientes.

La investigación farmacéutica todavía juega un papel fundamental en la medicina en la actualidad, y de hecho a muchos médicos y organizaciones de asistencia médica se les solicita frecuentemente que se asocien a proyectos de investigación patrocinados por la industria. El costo de la investigación médica es enorme, y por lo tanto la investigación médica es a menudo dependiente del apoyo financiero de las corporaciones farmacéuticas.

Uno de los conflictos inherentes a la afiliación de un médico con la industria farmacéutica es la posibilidad de que termine convirtiéndose en la mano derecha de las corporaciones a costa de los pacientes. Debido a esta realidad económica tanto médicos, hospitales e instituciones de

investigación prestigiosas cooperan con la industria farmacéutica y con otras empresas en pos del avance de la medicina, pero al mismo tiempo también maximizan el beneficio corporativo.

La ética de la investigación es aplicable a todo aquel comprometido en la investigación médica, se trate de un investigador individual o de una compañía farmacéutica. El objetivo debería ser beneficiar a los pacientes. Sin embargo, la investigación financiada por las corporaciones altera de un modo fundamental tanto la relación médico-paciente, como las preocupaciones éticas que puedan desprenderse de la investigación clínica.

Las empresas farmacéuticas típicamente se enfocan en generar ganancias, en aumentar su participación en el mercado y elevar el valor de sus acciones. En verdad, es evidente que las corporaciones tienen una obligación con sus accionistas de conquistar nuevos sectores del mercado y mejorar los precios de las acciones. Este enfoque bien puede conducir a las empresas a embarcarse en el desarrollo de nuevos tratamientos médicos que tienen poco o ningún potencial para mejorar la salud y el bienestar de los pacientes.

Para generar el acceso tanto a pacientes como a médicos a los fines de la investigación, la industria a menudo contrata a los médicos como consultores, o les provee recompensas monetarias u de otros tipos (conferencias, viajes gratuitos, alojamiento, cenas, contactos de negocio, empleos para miembros de familia, etc.). Los médicos, que obtienen dinero o favores de una industria tienen un potencial muchísimo más elevado para incurrir en conflictos de interés entre su relación con la industria, y su responsabilidad de cuidado sobre sus pacientes. Esta relación también puede afectar negativamente a los objetivos de la investigación de un médico o científico y a sus conclusiones. También aumenta la probabilidad de que el juicio clínico del profesional se vea afectado o distorsionado de manera tal que dificulte proveer un tratamiento apropiado para los pacientes, así como en la protección de los sujetos de investigación.

De vez en cuando, la industria farmacéutica también proporciona incentivos financieros y dádivas a los pacientes. A pesar de la prevalencia de estas prácticas, puede pensarse que las mismas no son apropiadas, apelando al argumento que indica que restarían valor a la protección ética del consentimiento informado y voluntario.

Las regulaciones éticas de la participación de las corporaciones farmacéuticas en los ensayos clínicos existen y varían de país a país. Algunas asociaciones médicas han publicado directrices éticas estrictas que re-



gulan la relación entre los médicos y las empresas farmacéuticas, para asegurar el equilibrio entre los diversos intereses que intervienen y con el fin de mantener la máxima transparencia e integridad de todas las partes implicadas.

Este vínculo entre los médicos por un lado y las empresas farmacéuticas por el otro es complejo, razón por la cual deben establecerse estrictos códigos éticos que regulen el comportamiento de ambas partes. Es vital que los médicos permanezcan independientes y se aparten de cualquier relación que pueda dañar la relación médico-paciente.

## 13. Conciencia médica y denuncia de irregularidades

### Caso de Estudio

El 15 de agosto de 1940, Gottfried Ewald, Profesor de Psiquiatría y Director del Hospital Estatal de Göttingen, fue invitado a Berlín y se le ofreció servir como líder del proyecto secreto de los nazis “T-4 Eutanasia en Adultos”. El puesto de trabajo que se le ofrecía requería que determinara si ciertos pacientes serían asesinados por el personal médico. Rodeado de otros médicos de alto nivel y de líderes en el proyecto, el Dr. Ewald se negó a participar debido a lo que refirió como su “conciencia médica” y su “necesidad interior”, ante lo que se le pidió que se retirara. Ewald declaró:

*“En principio, no me gustaría contribuir para exterminar de esta manera a los pacientes que me han sido confiados”*

También señaló que los esquizofrénicos “*no se encontraban tan vacíos y faltos de esperanza*” como se sostenía, y que podrían obtener beneficios de las nuevas formas de terapia que en ese momento se estaban desarrollando.

Posteriormente, el Dr. Ewald escribió una carta de protesta al decano de su facultad en la Universidad de Grottingen, así como a otros médicos nazis líderes y de alta jerarquía en Berlín, declarando su oposición al proyecto de “Eutanasia” patrocinado por el Estado. Sostuvo que la eutanasia, por definición, debía ser un “*objetivo médico elevado*” para los



pacientes que se encontraban en fase terminal y buscaban una muerte misericordiosa. Hizo hincapié en que el vínculo familiar entre padres e hijos, así como el de otros seres queridos con discapacidad mental, siempre merece respeto y dignidad y, por tanto el programa nazi de “Eutanasia” era inaceptable para él:

*“No puedo elegir una profesión cuya actividad diaria es eliminar a una persona enferma a causa de su enfermedad, después de que él o sus familiares han venido a mí, confiando en mí y en busca de ayuda.”*

A pesar de su temor a sufrir represalias, nada malo le ocurrió.

## Referencias

Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide* [Los médicos nazis: homicidios médicos y psicología del Genocidio] (Basic Books, 1986).

## Antecedentes

El estatus profesional de los médicos no implicó ningún obstáculo para que estos participaran en los crímenes nazis, y de hecho muchos profesionales demostraron un profundo compromiso con las atrocidades cometidas. Muchos médicos jugaron un papel decisivo a la hora de establecer un sistema de identificación, notificación, transporte, y asesinato de cientos de miles de personas con enfermedades mentales y con “deficiencias raciales y cognitivas” en una variedad de instalaciones, incluyendo hospitales psiquiátricos centralizados, prisiones y campos de concentración.

El papel del médico era central y fundamental para el éxito de las políticas y los planes nazis. Los psiquiatras, junto con muchos otros médicos, facilitaron las prácticas médicas e ideológicas del régimen. Muy pocos médicos se resistieron, o al menos expresaron su desacuerdo respecto de los objetivos y los métodos de los nazis.

Más de la mitad de los médicos alemanes eran miembros del Partido Nazi. Los médicos desempeñaron un papel central en los programas de esterilización y de eutanasia. Asimismo, formaban parte de los comités de planificación de ambos programas, y proporcionaban el respaldo teórico de lo que ocurría. Los mismos profesionales reportaban a sus pacientes ante las autoridades, coordinaban sus traslados desde todos los rincones de Alemania hacia las cámaras de gas ubicadas en las instituciones donde se los asesinaba, y por lo tanto facilitaron sus muertes. Finalmente, eran



los médicos quienes falsificaban las causas y la fecha de las muertes en los certificados de defunción enviados a los familiares de los pacientes.

Gran parte de este proceso se llevó a cabo antes de que se desarrollara el plan para aniquilar a los judíos, gitanos, homosexuales y otros grupos en Europa. Hitler nunca dio la orden expresa de asesinar a los pacientes con enfermedades mentales, sino que únicamente escribió una carta en octubre de 1939, retroactiva al 1 de septiembre de 1939, en la cual permitía que se llevaran adelante estas prácticas. Por lo tanto, nunca se ordenó directamente a los médicos que facilitaran el proceso, o bien que llevaran a cabo el asesinato de los enfermos mentales; en cambio, se les dio la autoridad legal para que pudieran hacerlo. Esta actividad, llevada a cabo en las instituciones psiquiátricas, constituye el nexo entre la “eutanasia” y la aniquilación a gran escala de judíos y de otros grupos considerados “indeseables”, en lo que llegó a ser conocido como el Holocausto.

El Dr. Leo Alexander, principal asesor médico en el juicio a los médicos de Núremberg en 1946, contrastó las acciones de los médicos alemanes con las de los médicos en los Países Bajos sometidos a la ocupación alemana, quienes se negaron a dar el primer paso para ejecutar el genocidio. En diciembre de 1944, las autoridades nazis emitieron una orden dirigida a todos los médicos holandeses:

*“Es deber del médico, a través del asesoramiento y del esfuerzo, manejarse con conciencia y brindar lo mejor de su capacidad, con el fin de asistir y ayudar a las personas que han sido confiadas a su cuidado, atendiendo que su vitalidad, eficiencia física y salud se conserven, mejoren y se restablezcan. La realización de esta tarea es de carácter público.”*

Esta afirmación podría parecer, en una primera lectura, como inobjetable e inocua. Sin embargo, los médicos holandeses estaban al tanto del sistema de exterminio nazi, y por ende reconocieron que esta orden podría servir como la base para la promulgación de un nuevo estándar de tratamiento médico. Este modelo instalaría como prioridad la restitución de los pacientes a la vida productiva con fin de beneficiar al Estado, en lugar de centrarse en brindar un tratamiento compasivo y un alivio al sufrimiento. En este contexto, los intereses de los pacientes y de los médicos estarían subordinados al Estado y al afán de este último de mantener el poder para controlar la sociedad, y para maximizar la eficiencia económica y la utilidad.

Los médicos holandeses se negaron por unanimidad a cumplir con esta orden. Cuando los nazis amenazaron con revocar las matrículas habili-

tantes de los médicos que no cooperaran, los doctores holandeses devolvieron ellos mismos sus matrículas y cerraron sus consultorios, pero continuaron viendo pacientes en privado. Los nazis, entonces, detuvieron a 100 médicos holandeses y los enviaron a los campos de concentración. Sin embargo, los médicos aún se negaban a ceder. El resultado fue que ningún médico holandés participó en la matanza, y por lo tanto los planes nazis de exterminio en los Países Bajos no se llevaron a cabo.

El Dr. Gottfried Ewald fue uno de los pocos médicos alemanes que se oponían abiertamente a la “eutanasia “ de los enfermos mentales y discapacitados. CometiÓ estas acciones no como un oponente de los nazis, sino como un seguidor de ellos. Apoyaba al Partido Nazi, aunque no le permitieron afiliarse al mismo, probablemente debido a que le habían amputado un brazo como consecuencia de una lesión en la Primera Guerra Mundial. Por lo tanto, se le impidió a Ewald servir activamente en el SA. La razón principal era que el programa de “eutanasia “ estaba en oposición directa con su conciencia personal y con sus responsabilidades profesionales como médico compasivo y atento. También pensó que el programa de “Eutanasia” de los nazis violaría la confianza entre el médico, el paciente y su familia.

Algunos otros médicos se negaron a participar en la matanza. El Dr. Friedrich Hölzel, un médico en Eglfind – Haar era uno de ellos. En una carta al director de la institución, afirmó:

*“Recuerdo la diferencia que existe entre un juez y un verdugo. Por lo tanto, a pesar de todo el esfuerzo intelectual y la buena voluntad que tengo, no puedo escapar a la conclusión de que es por la naturaleza de mi carácter que no estoy apto para esta tarea. Así como tengo un vivo deseo de mejorar el curso natural de las cosas, me resulta por otro lado repugnante llevar a cabo estos actos, como una política sistemática que implicó deliberación previa a sangre fría, que está de acuerdo con determinados principios científicos, y sin ningún sentimiento compasivo hacia el paciente.”*

Hölzel renunció posteriormente a su cargo.

El programa de “Eutanasia T4 en Adultos”, que ya había dado muerte a unas 70.000 personas, fue suspendido formalmente por Adolf Hitler en agosto de 1941 debido a las protestas impulsadas por reconocidos líderes de la iglesia protestante y católica. Hitler temía que más protestas pudieran ser mala propaganda y así afectar negativamente a la moral relativa a la guerra en Alemania. Sin embargo, aunque formalmente el proyecto de “Eutanasia” de adultos se interrumpió, el asesinato propiciado por los





médicos simplemente se trasladó a nuevos lugares, entre ellas los hospitales en los territorios ocupados, en los campos de concentración, y en las prisiones. Algunos médicos alemanes continuaron asesinando a sus pacientes en lo que se conoce como “la eutanasia salvaje”, a través de la cual más de 200.000 personas con trastornos mentales de todos los subtipos fueron condenadas a muerte. Además, el programa de “eutanasia” infantil siguió funcionando en toda Alemania.

En el juicio a los médicos en Núremberg ocurrido luego de la guerra, el Dr. Andrew Ivy, quien era el consultor científico-médico de la parte acusadora, declaró:

*“Es mucho decir, tal vez, que una sola persona valiente, un único digno representante de la medicina alemana podría, con menos consideración por su bienestar físico, salvar el honor de toda la profesión. Sin embargo, estoy convencido de que tal individuo podría haber hecho algo para mitigar los horrores que se relatan en este libro [Los médicos de la infamia: la historia de los crímenes médicos nazis]. Si la profesión hubiera tomado una postura firme en contra de las matanzas masivas de alemanes enfermos antes de la guerra, puede pensarse que quizás toda la idea y las técnicas usadas en las fábricas de muerte empleadas a los fines del genocidio no se habrían materializado.”*

## Referencias

Leo M. Alexander, *Medical Science Under Dictatorship [Ciencia médica bajo una dictadura]* (Bibliographic Press, 1996, Reprinted from the NEJM, July 1949).

Rael D. Strous. Psychiatry during the Nazi era: ethical lessons for the modern professional [La psiquiatría durante la era nazi: lecciones éticas para el profesional moderno]. *Annals of General Psychiatry*, 6:8 (27 Feb 2007).

Alexander Mitscherlich, Fred Mielke, *Doctors of Infamy. The Story of the Nazi Medical Crimes [Los médicos de la infamia. La historia de los crímenes médicos Nazis]* (Henry Schuman, 1949).

Michael Burleigh, *Death and Deliverance [Muerte y liberación]* (Cambridge University Press, 1994).

Robert Proctor, Nazi Science and Nazi Medical Ethics: Some Myths and Misconceptions [Ciencia nazi y Ética médica nazi: Algunos mitos y conceptos erróneos]. *Perspectives in Biology and Medicine*, 43: 335-46 (2000).



## Pregunta

La objeción de conciencia en Medicina: ¿es la denuncia de irregularidades uno de los deberes del médico?

## Discusión

Durante el régimen Nazi, la Medicina apoyó la esterilización obligatoria, la “eutanasia” de quienes padecían enfermedades mentales o físicas, y posteriormente la aniquilación de las razas “inferiores”. Esto lo hicieron aplicando conclusiones científicamente inválidas tomadas de la biología evolutiva. No sólo estas construcciones filosóficas y paradigmas científicos de la teoría evolutiva eran defectuosos, sino que también eran inmorales y transgredían los principios básicos de la ética médica y de la práctica clínica. Se ha propuesto que la caída principal de la medicina nazi fue el fracaso de los médicos [alemanes] para desafiar el núcleo sustantivo de los valores nazis. En este contexto, muchos médicos estuvieron dispuestos a seguir la corriente de la esfera política; la mayoría de los profesionales no estaba dispuesta a resistir, y muchos otros estaban dispuestos a apartarse de las prácticas comúnmente aceptadas que habían sido establecidas por un Estado racista.

Este no es el lugar para tratar la cuestión de por qué entre los médicos alemanes había tan poca resistencia o negativa a cumplir con lo ordenado por los nazis. Sin embargo, es crucial tener en cuenta que donde había una objeción sustancial por parte de la comunidad médica, como en el caso de los médicos holandeses, hubo un éxito significativo en la detención del proceso de asesinato en nombre de la ciencia. Este ejemplo nos demuestra lo poderosa que puede ser, como herramienta, la conciencia médica. La acción de los médicos holandeses estaba basada en su perspectiva virtuosa que dictaba que lo más importante debía ser el bienestar del paciente, más allá de cualquier normativa ideológica, sea esta política, social o económica. Debido a la negativa de los médicos sustentada en la ética a participar del sistema de asesinatos, los enfermos mentales holandeses se salvaron.

Uno sólo puede hacerse la siguiente pregunta retórica: ¿qué hubiera ocurrido si hubieran existido más denunciantes como el Dr. Ewald?

La obligación de informar sobre la incompetencia, incapacidad o mala conducta de los colegas, a menudo acuñada como *whistle-blowing* [denuncia, literalmente “silbido” o “chiflido”], es enfatizada en los códigos



de ética médica. Por ejemplo, el Código Internacional de Ética Médica de la WMA afirma:

*“El médico debe...informar a las autoridades apropiadas sobre los médicos que trabajan en forma antiética e incompetente, así como aquellos involucrados en fraude o engaño. “*

La denuncia de irregularidades dentro de las prácticas de salud remite a un amplio rango de acciones, que cubren desde la honestidad para con los pacientes cuando ocurre un error en el tratamiento médico, hasta el hacer público un hecho de incompetencia institucional a gran escala o de prácticas totalmente antiéticas. Asimismo, la denuncia de irregularidades puede ser entendida como una forma de llevar a cabo la práctica de forma consciente. Esto es importante en tanto la consciencia es una piedra angular dentro de lo que es la ética médica y el ejercicio de una práctica profesional virtuosa. Dentro de la Medicina, el actuar con consciencia e integridad profesional debería ser la regla y no la excepción. Esto quiere decir que los médicos no deberían únicamente deliberar acerca de lo que es correcto hacer o dejar de hacer, sino que además deberían implementar las prácticas y los principios éticos en su quehacer diario, siempre a favor de sus pacientes.

Los médicos pueden negarse a cumplir con ciertos requerimientos y a realizar determinadas prácticas apelando a su consciencia profesional, sobre todo cuando los procedimientos son incompatibles con la ética médica y los objetivos reales de dicha ciencia. Además, los médicos deberían denunciar toda práctica incorrecta, porque no hacerlo sería una perversión de las virtudes profesionales que definen su rol dentro de la Medicina.

Sin embargo, la aplicación de estos principios éticos rara vez es sencilla. Los doctores que denuncien prácticas abusivas, o que se nieguen a continuar con procedimientos que según su ética profesional son inapropiados, pueden sufrir consecuencias sumamente perjudiciales. Muchos colegas y supervisores, e inclusive la mismísima sociedad en la cual el médico denunciante vive y trabaja, tienden a percibir tales acciones como una traición. El entorno profesional y político de aquel que denuncia se vuelve hostil y el denunciante puede devenir el blanco de abusos y ataques personales en su contra. No obstante, a pesar de las potenciales consecuencias que puedan llegar a sufrir, el médico tiene el deber de llevar a cabo una práctica ética. A su vez, los médicos son los responsables de mantener la buena reputación de su profesión. Muchas veces son los

únicos capaces de reconocer la incompetencia, la falta de capacidad o la mala conducta de otros sujetos dentro del ámbito de la Medicina.

Las expectativas de la sociedad y de los profesionales de la salud, entonces, deberían comprender que aceptar y facilitar las denuncias de irregularidades en la Medicina, desde el comienzo de los estudios hasta el ejercicio de la práctica, es algo deseable y urgente. Para esto, es necesario y apropiado que las carreras universitarias de Medicina, Enfermería y otras disciplinas de la salud desarrollen materias y programas de entrenamiento en los cuales los alumnos aprendan a comprender la complejidad y la importancia de los principios éticos, legales y de derechos humanos que justifican las denuncias de irregularidades en la práctica médica. Casos reales y públicamente reconocidos deberían enseñarse para ejemplificar y enseñar la relevancia de la conciencia moral y médica.



# Parte 2: Los médicos prisioneros

## Antecedentes históricos

En los comienzos del régimen Nazi, el gobierno Nacional Socialista implementó y estableció campos de concentración con el fin de detener a sus oponentes políticos e ideológicos. Particularmente en los años previos al desencadenamiento de la guerra, los SS y el cuerpo policial habían comenzado a encerrar en dichos campos a los judíos y a otras víctimas del odio étnico y racial.

Durante los años de la guerra, los nazis y sus colaboradores crearon guetos, campos de tránsito y campos de trabajo forzado en los países que habían ocupado, con el fin de concentrar y monitorear a la población judía, así como facilitar su posterior deportación.

Los guetos eran distritos frecuentemente cerrados en los cuales los judíos eran retenidos bajo coacción. La vida en estos espacios y sus modos de organización les eran impuestos externamente, y reforzados mediante el empleo de métodos violentos por parte del régimen Nazi. Los guetos aislaban a los judíos, separándolos de las comunidades de otras etnias, así como de otras comunidades judías.

Uno de los justificativos empleados para la creación de los guetos fue el argumento que esgrimía que servirían para evitar que los judíos propa-



garan enfermedades contagiosas. Algunos académicos sostenían que los guetos habían sido diseñados para servir como un instrumento indirecto de destrucción, en tanto representaban un medio para aniquilar psicológicamente a los judíos, al negarles la satisfacción de sus necesidades básicas, más que por el empleo de armas mortales. Los nazis establecieron el asentamiento de al menos mil guetos en los países ocupados por los alemanes y en aquellos adyacentes como Polonia y la Unión Soviética.

Los alemanes veían a la proliferación de guetos como una medida provisional para controlar y segregar a los judíos, mientras los líderes nazis en Berlín ponderaban alternativas para llevar a cabo la meta última de la aniquilación definitiva del pueblo. Algunos de estos asentamientos existieron por pocos días, otros meses, y otros por años.

A fines de 1941, con el comienzo de la “solución final” (el plan para asesinar a todos los judíos europeos), los alemanes se encargaron de destruir los guetos sistemáticamente. Abrían fuego contra los residentes de estos asentamientos en fosas comunes cercanas, o los deportaban a centros de asesinato, generalmente en tren, donde terminaban con sus vidas.

Las catástrofes que ocurrieron en los guetos debido a las condiciones despreciables en las que se encontraban pueden analizarse desde la Medicina. Una marcada sobrepoblación caracterizaba a todos los guetos, y la vida en ellos se centraba en conseguir alimentos suficientes como para no morir de hambre, y por ende evitar el debilitamiento que hacía que fueran propensos a enfermar. Las amenazas de hambre y de enfermedad eran palpables incluso mucho antes de que la “solución final” de los nazis fuera decidida, y las comunidades judías luchaban para mantener en pie a los servicios de salud, y a la salud pública de un pueblo inmensamente superpoblado. Los habitantes de los guetos vivían en condiciones lamentables, circunscriptos a un espacio muy limitado, contando con escasos alimentos y agua, y con pésimos servicios de calefacción, electricidad, alcantarillado y sanitarios. Las necesidades médicas eran inmensas, los intentos por satisfacerlas eran complicados, y casi siempre fracasaban. A pesar de las dificultades, sobrevivían algunas instituciones médicas que habían sido creadas con anterioridad, y otras nuevas habían sido establecidas de acuerdo a las necesidades del gueto. La práctica médica implicaba todas las preocupaciones e incertidumbres que son inherentes a cualquier contexto, y además muchas otras que se desprendían inequívocamente de la vida en un gueto de la época nazi. En estos asentamientos no estaban disponibles tratamientos eficaces para algunas enfermedades que en



otro contexto podían ser tratadas y curadas sin mayores obstáculos. Los guetos encerraban en sí mismos todas las condiciones que contribuían al deterioro de la salud de la comunidad que habitaba en su seno, y a la propagación de enfermedades contagiosas. Uno de los problemas principales era el control de las afecciones infecciosas, como el tifus. Irónicamente, las autoridades alemanas ordenaron a las comunidades judías que, bajo el comando del Consejo de Judíos de cada gueto, lidiaran con estos problemas de salubridad, pero ni los médicos judíos ni los otros profesionales de salud eran provistos con las condiciones o elementos necesarios para hacerlo. El método empleado por los alemanes para controlar estas afecciones era el uso de la cuarentena, la aplicación de métodos de desinfección, o en ocasiones el prender fuego a los hospitales con todos sus pacientes y personal atrapados en su interior. A pesar de estas dificultades, los Departamentos de Salud de muchos guetos judíos emprendieron una guerra epidemiológica contra las enfermedades infecciosas, y en muchos casos sus esfuerzos fueron exitosos, al menos temporalmente.

Otros factores que debían ser tenidos en cuenta, dado que se habían convertido en una parte inherente de la vida en el gueto, eran los sentimientos constantes de peligro y de pánico que afectaban a todos sus habitantes.

Los arrestos perpetrados por los alemanes amenazaban constantemente a las actividades médicas que llevaban a cabo los judíos, así como también a todos los demás aspectos de su vida. Las autoridades alemanas establecieron numerosos campos de trabajo forzado para no judíos, y para una pequeña minoría de judíos cuyo trabajo era explotado por los alemanes.

A diferencia de los campos de concentración, los cuales servían principalmente como centros de detención y de trabajo forzado, los centros de matanza (también conocidos como campos de exterminio o de muerte) eran casi exclusivamente fábricas de muertos. Entre 1941 y 1945, las autoridades nazis deportaron a millones de judíos de Alemania, de los territorios ocupados, y de los países de sus aliados del Eje, hacia los guetos y hacia campos de exterminio. Los SS alemanes y la policía asesinaron cerca de 2.700.000 judíos en los centros de matanza, ya sea por asfixia, con gas envenenado, o usando armas de fuego.

El mayor campo de exterminio fue el de Auschwitz.

Los doctores de las SS eran formalmente responsables de la salud de sus prisioneros, y en este sentido no renunciaban abiertamente a su



obligación médica sobre ellos, sino que aparentaban que el tratamiento médico era realmente proporcionado a los internos de los campos. En los primeros años de Auschwitz, los médicos prisioneros, en caso de ser habilitados a ejercer sus profesiones en cautiverio, eran empleados únicamente como enfermeros, de manera que las enfermerías eran consideradas como un refugio contra los horrores de la vida en el campo, o como lugares para morir de manera relativamente pacífica. Prácticamente no se les brindaba atención médica a los internos enfermos, e incluso los prisioneros en pésimas condiciones de salud hacían todo lo posible para no ser hospitalizados. Con el comienzo de las selecciones llevadas a cabo por los médicos de la SS, y la condena a muerte de los internos enfermos mediante inyecciones de fenol o en cámaras de gas, los hospitales se convirtieron en las “salas de espera del crematorio”. Casi no contaban con insumos médicos, ni con medicamentos, y la mayoría de los prisioneros recibían como tratamiento lo que equivaldría a una burda burla de cualquier estándar aceptado de atención médica. Lo cierto es que los pocos médicos prisioneros que tenían permitido ejercer en este momento no podían hacer prácticamente nada para aliviar el sufrimiento de sus pacientes.

A medida que la economía de la Alemania en guerra demandaba más mano de obra, alimentada por el trabajo realizado por los prisioneros en los campos de concentración, las SS intentaron disminuir la altísima tasa de mortalidad de los campos. Las autoridades construyeron guardias médicas y empezaron a contemplar la oferta de otros servicios medicinales, permitiendo que se emplearan más médicos prisioneros en el sistema hospitalario del campo. Esta decisión, no obstante, no significaba que las condiciones de las enfermerías hubieran mejorado, sino que los médicos prisioneros tenían permitido brindar tratamiento al resto de los internos. En algunos casos, el nivel del tratamiento mejoró, pero aun así jamás se acercó a los estándares normalmente aceptados de atención médica. En esta etapa, el sistema hospitalario empleaba sus recursos sólo en los internos cuya condición tenía un buen pronóstico, lo cual implicaba que se recompondrían rápido y volverían a trabajar. Para los prisioneros cuyas enfermedades eran más severas, principalmente en el caso de los judíos, la enfermería continuaba siendo un instrumento más para su exterminio.

Los esfuerzos llevados a cabo por los médicos prisioneros para proteger a la mayor cantidad posible de enfermos severos eran sistemáticamente frustrados mediante la práctica de selección que emprendían los





médicos de las SS. La misma consistía en elegir a los pacientes que serían destinados a morir en las cámaras de gas. Muy frecuentemente, los médicoprisioneros escondían o daban de alta a estos pacientes con anticipación, cuando sabían que una de estas selecciones era inminente. Aprovechando descuidos de los SS, quienes jamás examinaban a los pacientes sino que sólo leían sus historias clínicas, los médicos de los prisioneros solían falsificar sus registros médicos, presentando a sus pacientes como poseedores de un buen pronóstico y de grandes chances de sobrevivir.

Muchos de los médicos judíos lograban sobrevivir dado que como profesionales poseían aptitudes que podían ser utilizadas en los guetos y en los campos, y porque estaban dispuestos a ponerlas en uso en esos contextos. Eran conscientes de que el sistema había avasallado los valores éticos normales, y había forzado a sus propias víctimas a colaborar con él. La juxtaposición del uso de la medicina por parte de los nazis para causar dolor y sufrimiento en víctimas inocentes, con los esfuerzos de los médicos judíos por aliviar el dolor y salvar vidas, aun sin contar con insumos básicos, demostraba los propósitos diametralmente opuestos para los que podían ser usadas las aptitudes médicas. Los médicos, en su rol de velar por el bienestar de sus pacientes, encontraron un motivo para emprender la lucha por su propia supervivencia. La forma de proceder que adoptaron fue aquella que consideraron como la mejor para asistir a quienes, como ellos mismos, eran prisioneros del régimen. Las enfermeras y médicos de los prisioneros generalmente hacían todo lo que podían por sus pacientes, a pesar de las condiciones terriblemente adversas en las que se encontraban, y su trabajo en los guetos nazis y en los campos los llevó a enfrentarse con dilemas éticos que eran para ellos inéditos. Algunos de estos escenarios dilemáticos serán discutidos en los casos que presentaremos a continuación.

# 1. Inutilidad médica en circunstancias extremas

## Estudio del caso

El Dr. Albert Haas, judío nacido en Hungría y descendiente de franceses, fue reclutado por el Movimiento de la Resistencia Francesa. Luego de ser denunciado, fue capturado por los nazis, quienes lo torturaron y



enviaron al campo de concentración Dachau. Posteriormente, el Dr. Haas fue enviado al campo de concentración Gusen 11, el cual era parte del complejo del campo Mauthausen en Austria. Fue asignado a trabajar en el bloque de enfermería, cuyo equipo cuidaba a los prisioneros que estaban demasiado enfermos para trabajar. Los recursos eran increíblemente escasos. Los médicos podían hacer muy poco. Intentaban mantener a sus pacientes vivos con lo poco que tenían a su disposición. La mayoría de los pacientes moría por inanición, agotamiento, o bien eran asesinados por los crueles guardias antes de que pudieran recibir asistencia médica.

Cuando el Dr. Haas llegó a la enfermería en Gusen 11 le pidió al Dr. Henri Desoille, un colega que había estado allí ya por algún tiempo, que lo ayudara a entender el rol del médico en un campo de concentración. El Dr. Desoille le contestó:

“¿Cómo puedo explicar la inutilidad de nuestra profesión en éste lugar? Estoy seguro que usted era también un estudiante idealista, que soñaba con vencer las enfermedades fatales. Usted trabajó duro, luchó para entender el cuerpo humano y finalmente se sintió listo para aceptar la lucha perpetua contra la muerte... ¡Cuándo vea a los pacientes dentro de la HKB [enfermería], usted se preguntará a sí mismo si los alemanes no han *suscripto el juramento hipocrático como una cruel burla!*”

Luego de esta introducción proporcionada por su colega, el Dr. Haas experimentó en primera persona la realidad de ser un médico en Gusen. Al respecto, Haas escribió en sus memorias:

*“Apenas entramos a la sala, un olor punzante (agrijo), enfermante, me asaltó. Las camas estaban ocupadas por una serie de cuerpos semiconscientes, brazos sin carne y piernas que se movían sin rumbo alguno, cuerpos defecando y orinando los unos sobre los otros. Cada cama contenía una pila de 6 u 8 de esos esqueletos vivientes retorciéndose en cámara lenta, su piel estirada sobre los huesos, sus ojos irritados y monstruosamente enormes en comparación a su espantosamente esquelético cuerpo y cabeza. Resultaba imposible creer que esos habían sido alguna vez seres humanos saludables y felices... Los internos, sufriendo de una incontrolable disentería, esperaban allí su muerte. No recibían tratamiento médico, y sólo obtenían la mitad de las irrisorias raciones de comida que eran dadas a los otros pacientes de la enfermería”*

*“No podíamos hacer nada efectivo por los internos que tenían disentería, excepto darles agua mezclada con aspirina y algunas palabras de coraje, así ellos no se sentían totalmente abandonados. Para las víctimas*



*del tifus todo lo que podíamos hacer era prevenir la deshidratación severa durante el periodo de fiebre”*

*“Luego, una golpiza ocurriría y todo acabaría rápidamente en una necrosis. Yo eliminaría el tejido muerto, pero la falta de antiséptico significaba que era sólo cuestión de tiempo antes de que los pacientes desarrollaran septicemia general y murieran en la enfermería, ya sea por infección o en manos del Blockaltester [encargado del campo de concentración].*

*“Y de este modo comencé mi carrera profesional como médico de los prisioneros en Gusen II.”*

## **Referencia**

Albert Haas, *The Doctor and the Damned [El médico y los condenados]* (St. Martin's Press, New York, 1984)

## **Antecedentes**

Los médicos y enfermeras de prisioneros a veces eran enviados a trabajar en las instalaciones (cuarteles) de los campos de concentración. Estos bloques médicos se establecieron cuando los nazis se dieron cuenta de que los prisioneros constituían una valiosa fuente de mano de obra esclava para sus fábricas, y que era de interés nacional mantenerlos lo suficientemente sanos para que pudieran trabajar en pos de las necesidades militares y económicas del Reich. En realidad, estos lugares eran chozas, al igual que los otros espacios que fueron asignados a los internos con el fin de recibir algún tipo de tratamiento médico. Los llamados “cuarteles” del hospital estaban mal equipados, e inmensamente desbordados en capacidad, con lo cual el tratamiento médico era extremadamente limitado. La mayoría de los pacientes que allí se atendían sucumbieron a la enfermedad antes de que pudieran ser asesinados en las cámaras de gas, o por otros métodos, tales como inyecciones o disparos a sangre fría.

## **Pregunta**

La cuestión ética de la futilidad médica: ¿Qué puede hacer un médico en situaciones inútiles, cuando se pierde toda esperanza?

## **Discusión**

Este caso se refiere a la inutilidad médica. Dentro de un contexto de muerte, confinamiento, tortura, enfermedad, hambre y recursos suma-

mente limitados, los médicos en los campos de concentración se enfrentaron al interrogante atinente a qué era lo que ellos podrían hacer como profesionales de salud. A pesar de las terribles condiciones, muchos médicos prisioneros intentaron tratar a los pacientes, mantenerlos vivos y saludables, y en ocasiones pusieron en riesgo su propia vida para salvar a sus pacientes del exterminio.

El caso del Dr. Haas revela que, en muchas circunstancias, todo lo que los médicos podían ofertar eran cuidados paliativos en su nivel más básico: palabras de aliento, una taza de agua, una aspirina. Sin embargo, incluso estos actos más pequeños y de cuidado pueden hacer una diferencia en el bienestar de los pacientes. Esto ha sido reportado en muchas memorias de sobrevivientes: muchos recuerdan el enfoque humano de los médicos y enfermeras que cuidaron de ellos como el principal factor que los mantuvo vivos. Los médicos y otros profesionales de salud priorizan siempre curar y salvar las vidas de los pacientes. No obstante, el objetivo final debe ser mejorar el pronóstico de los pacientes, su bienestar, comodidad, o estado general de salud. Su vocación, anclada en su experiencia médica y en la ética, es proporcionar atención a sus pacientes evidenciando sus mejores esfuerzos. Cuando la cura es inexistente, o los recursos médicos son limitados o nulos, a veces todo lo que el médico puede hacer es conducirse como una persona amable, compasiva y brindar cuidado a sus pacientes. Las circunstancias médicas y los recursos existentes difieren en cada caso y en cada escenario clínico, según la particularidad de la historia del paciente y la nuestra. Las circunstancias médicas, en este sentido, pueden fluctuar entre las más óptimas para la atención de pacientes, hasta las más horrendas. Sin embargo, el papel del médico profesional es proporcionar cuidado compasivo, sin importar la situación o entorno. Los dadores de atención médica deben intentar, desde su capacidad, maximizar las condiciones para el bienestar y la curación, para aliviar el dolor y el sufrimiento, y para proporcionar el mejor cuidado posible que las circunstancias permitan.



## 2. Triage médico

### 2.1 Abuso del triage médico: las “selecciones” nazis

#### Caso de estudio 1: Dr Lucie Adelsberger

Lucie Adelsberger, pediatra judía, nació en el año 1895 en Nüremberg, Alemania. Fue transportada a Auschwitz en 1943, donde trabajó en el campo de concentración gitano, y más tarde en el de mujeres, como médica de los prisioneros. En sus memorias describe el proceso de “Selección” llevado a cabo por los doctores nazis:

*“La marca distintiva de los campos de concentración de Auschwitz era la Selección. Con eso me refiero a la clasificación de las personas que eran relegadas a las cámaras de gas y subsecuentemente a la cremación. Esto aplicaba casi exclusivamente a judíos e involucraba tres categorías de personas, tres “entradas”: los recién llegados a Auschwitz, los prisioneros del campo, y las personas enfermas. Los viejos, los débiles y obviamente los enfermos e incapaces para trabajar eran automáticamente destinados a la Selección (...)*

*(...) El mecanismo de Selección estaba firmemente establecido y todos conocían cada uno de sus detalles. El médico del campo comandaba uno o más bloques y ordenaba a los prisioneros desnudos que pasaran en fila india. Luego elegía quiénes, por debilidad, desnutrición, inanición, sarna o quemaduras - estas eran razones suficientes- irían a la cámara de gas. El número de identificación de los desafortunados era registrado en el acto, y los internos eran transferidos inmediatamente al bloque de Selección, donde esperaban la muerte, con frecuencia sin comida y plenamente conscientes de su destino... ... El problema para nosotros en Auschwitz no era si íbamos a ser seleccionados o no, sino cuándo y cómo.”*

#### Referencia

Lucie Adelsberger, *Auschwitz: A Doctor's Story* [Auschwitz: una historia médica] (Northeastern University Press, 1995).

#### Caso de estudio 2: Dr. Eduard Wirths

El Dr. Eduard Wirths nació en el año 1909 en Alemania. Mientras es-



taba en la escuela de medicina en la Universidad de Würzburg se unió al Partido Nazi y después a los soldados de asalto en 1933. En 1939, trabajando como voluntario para el servicio militar, fue aceptado para integrar las Waffen SS [la Armada de los SS] y dio servicio tanto en el frente de Noruega como en el de Oriente, donde fue declarado no apto médicamente para las misiones de combate. En el año 1942, el Dr. Wirths fue asignado a Auschwitz, con el cargo de jefe médico.

Al principio, el Dr. Wirths estaba en contra de las selecciones de muerte, y de que fueran los doctores quienes las llevaran a cabo. Sin embargo, posteriormente se había convencido de que era una responsabilidad esencial de los médicos del campo hacer estas selecciones, y él personalmente comenzó a realizarlas como parte de estos deberes médicos. Además, ejerció presión sobre sus subordinados médicos para que también participaran en esta labor. Las selecciones ejecutadas por estos médicos designaban a las personas como “capaces de trabajar”, o las consideraban “no aptas”; en otras palabras, decidían quiénes iban a morir y quienes se iban a mantener con vida.

Como doctor en jefe, Wirths autorizaba el número de los internos elegidos para la muerte. Estos números estaban basados en la capacidad de los prisioneros, como también en los cupos que se fijaran para el campo, los cuales eran establecidos por el Ministerio de Trabajo nazi y la SS. Debido a las circunstancias cambiantes de la guerra, así como a los constantes ingresos forzosos en los campos de judíos, gitanos, prisioneros y trabajadores esclavos extranjeros, la población de prisioneros en los campos fluctuaba fuertemente. Las selecciones muchas veces se hacían para hacer lugar a nuevos internos, para hacer frente a la superpoblación del campo, para respetar los cupos de producción y de trabajo, y también para prevenir la propagación de epidemias. Wirths también era responsable (junto con otros doctores y funcionarios del campo) de la decisión de separar a las madres de los niños en las selecciones.

Después de la guerra, el Dr. Wirths fue arrestado por los ingleses. Se suicidó en septiembre de 1945.

## Referencias

Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide* [Los médicos nazis: homicidios médicos y psicología del Genocidio] (Basic Books, 2000).



Hermann Langbein, *People in Auschwitz* [La población de Auschwitz] (The University of North Carolina Press, 2004).

## **Antecedentes: Selecciones en Auschwitz**

Al llegar a Auschwitz, judíos, gitanos y otros prisioneros estaban sujetos a un proceso de admisión. Esto es comúnmente conocido como “selección”. Era, en efecto, un abuso extremo de la función médica del “triage” (el término militar francés que originalmente remitía al sistema de clasificación en el uso de recursos, destinándolos prioritariamente para atender a quienes podían sobrevivir).

Las selecciones eran generalmente conducidas por los doctores de las SS, junto con dentistas y farmacéuticos, y otros funcionarios del cuerpo de oficiales. Ante todo, las selecciones se basaban en la etnia, en la edad y en el “estado físico o aptitud para el trabajo”. Algunos individuos con físico especial, con características congénitas o heredadas, como en el caso de los gemelos, también eran apartados en el “triage” para la realización de experimentos en humanos.

Los doctores de la SS llevaban a cabo formas de selección adicionales. En el campo, los presos judíos a menudo eran convocados a formarse inmediatamente, y allí los más enfermos y débiles eran seleccionados para la muerte, con el fin de hacer lugar en el campo para nuevos ingresos de internos. Las selecciones también eran conducidas en los bloques médicos, donde se apartaba a los pacientes severamente inestables y débiles, particularmente quienes necesitaban más de 2 o 3 semanas para recuperarse. Los doctores de la SS eran consultados para determinar la mejor manera de organizar y gestionar eficientemente las selecciones. Ellos hacían recomendaciones sobre las selecciones de las madres y sus hijos. Servían como asesores médicos acerca de los mejores métodos para matar eficiente y rápidamente gran cantidad de personas. Aconsejaban sobre la política de cupos de muerte en los campos, y calculaban los costos económicos y beneficios para el régimen Nazi de mantener a los trabajadores prisioneros con vida, en detrimento de seleccionarlos para el exterminio.

Las selecciones en Auschwitz eran la continuación del programa de “eutanasia” de las instituciones mentales de Alemania, donde el principio de matar a los enfermos e “indeseables” había sido ya establecido en los círculos médicos nazis.

En palabras de Robert Jay Lifton:

“Las versiones nazis de la “eutanasia” y de la Solución Final convergieron en los bloques médicos de Auschwitz, creando así una importante institución de asesinato perpetrado por médicos que operaba en el campo de concentración.”

## Referencia

Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide* [Los médicos nazis: homicidios médicos y psicología del Genocidio] (Basic Books, 2000).

## Pregunta

¿Cuáles son las consideraciones éticas que se deben tener en cuenta al llevar a cabo el triage médico?

## Discusión

El triage es la acción médica de priorizar el tratamiento y la gestión de recursos, basándose en un diagnóstico y un pronóstico de rápida evaluación para cada paciente. El triage tiene que ser llevado a cabo sistemáticamente, teniendo en cuenta las necesidades y las capacidades de intervención médica, y los recursos disponibles.

Idealmente, el triage debe ser confiado a médicos autorizados y experimentados, o a otros equipos médicos, como enfermeros asistidos por un personal competente. Cuando se selecciona a los pacientes que pueden salvarse, los profesionales deben considerar sólo su estatus médico y deben excluir cualquier otra consideración inherente a criterios de otra índole. Los médicos tienen que actuar en base a las necesidades de los pacientes, y a los recursos disponibles. Los profesionales tienen que intentar establecer un orden de prioridades para el tratamiento, aquel que conduzca a salvar la mayor cantidad de vidas, y a restringir la morbilidad al mínimo.

Como parte de su desempeño profesional en los campos los doctores nazis llevaron a cabo una modalidad de triage médico extrema y cínica. El triage ejecutado no fue sobre pacientes enfermos que necesitaban tratamiento médico, sino más bien sobre prisioneros inútiles y enfermos que eran diferenciados no de acuerdo a sus necesidades médicas, sino más bien de acuerdo con los criterios crueles establecidos por los nazis acerca de qué era necesario para el funcionamiento de los campos de concentración.





Las decisiones tomadas por los médicos nazis no estaban basadas en la premisa ética de que el triage es realizado para salvar el mayor número de vidas, sino que estaba hecho con el pleno conocimiento de que sus decisiones iban en realidad a conducir a la muerte efectiva de los seleccionados. El conocimiento del personal de salud fue usado en forma abusiva, como también lo fue el estatus médico de los profesionales, ya que este proceso de selección, en realidad, era una forma de “asesinato organizado bajo la mascarada del triage”. Estos doctores nazis, entrenados como profesionales, fueron en muchos casos médicos experimentados que conocían muy bien lo que el triage suponía ser. Al aceptar participar en estas selecciones inmorales en los campos violaron toda consideración ética, moral y profesional.

### Referencias

Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide* [*Los médicos nazis: homicidios médicos y psicología del Genocidio*] (Basic Books, 2000).

## 2.2 Justicia distributiva

El Dr. Abraham Wajnryb nació en Kielce, Polonia, en el año 1912. Se graduó en la escuela de medicina de Varsovia. En 1941 se encontraba trabajando en el Departamento de Salud de Vilna, cuando la ciudad fue invadida por el Ejército Alemán y se estableció el gueto en Vilna. Allí, el Dr. Wajnryb fue asignado como responsable de la administración del Hospital Judío, el cual funcionaba bajo circunstancias extremas, y alojaba cientos de pacientes en condiciones nefastas. Los alemanes prohibieron oficialmente abastecerlo con medicamentos para uso de los judíos que habitaban el gueto, dando lugar a una gran escasez de suministros médicos, y poniendo en peligro diariamente la vida de 91 habitantes del gueto. Como directivo del hospital, él tenía que encontrar un método para decidir qué pacientes recibirían tratamiento y quiénes no, debido a los escasos recursos disponibles.

El Dr. Wajnryb explica este dilema que enfrentaron los médicos judíos. En sus palabras:

*“¿A quién se le puede adjudicar el derecho de decidir quién vive y quien muere? Los medicamentos no son suficientes para todos los pacientes. En verdad, los números no son los que plantean esta pregunta tan problemática. Después de todo, el número de pacientes con los*

*que debíamos lidiar no era comparable con el que afrontaba el Judenrat [Consejo Judío de gobierno de los guetos]. La pregunta es, ¿cómo manejar esta cuestión de forma humanitaria? Un hombre no tiene el derecho de decidir sobre el destino de otro, no importa cuántas personas estén involucradas...*

*Los insumos médicos para los guetos judíos dejaron de llegar por completo. Recuerdo haberme encontrado con el farmacéutico, Frumkin, y discutir por el calcio. En aquellos años, el calcio era considerado como la única droga disponible para el tratamiento de pacientes con tuberculosis... Los suministros estaban por acabarse y había sólo una alternativa: reducir la dosis de este fármaco, y reducir la cantidad de pacientes que la recibían. Pero esta droga es efectiva sólo en ciertas dosis. ¿Quién iba a recibir el calcio y quién no? ¿De quién era el derecho de decidir? ¿Quién viviría y quién moriría?"*

Ninguna de las autoridades médicas del gueto pudo resolver este dilema. El Dr. Wajnryb decidió formar un comité compuesto por tres especialistas internos, un rabino y un abogado. En la reunión del comité, explicó la importancia de este medicamento para los pacientes, y describió las terribles consecuencias que habría si no la obtenían. El rabino explicó su posición declarando que era Dios quien daba y quitaba la vida, y que ellos no tenían ningún derecho de decidir. Los otros médicos presentes se retiraron de la reunión. El abogado intentó explicar este dilema desde un punto de vista legal. En definitiva, el comité no logró resolver el problema, por lo que todos se retiraron de la reunión.

Así, el asunto recayó por completo en el Dr. Wajnryb. Los suministros de calcio disminuían de forma constante, hasta que al cabo de dos meses se agotaron por completo.

## **Referencias**

Abraham Wajnryb, Personal testimony: *Memoirs of a Doctor from the Wilno Ghetto* [Memorias de un médico del Gueto de Wilno]

## **Preguntas**

¿Es la Justicia Distributiva una cuestión que un médico puede decidir por sí solo?

¿Cuáles son las herramientas de las que dispone un médico para tomar la decisión?



## Discusión

Uno de los principios básicos de la ética médica es la necesidad de justicia, la cual es sinónimo de equidad y puede ser resumida como la obligación moral de actuar sobre la base de una adjudicación justa o equitativa entre las partes involucradas. La justicia distributiva en medicina remite a la distribución justa de los recursos escasos. Es generalmente aceptado que el médico tiene el deber de realizar todo lo que crea necesario para el beneficio del paciente. Sin embargo, en condiciones donde los recursos son limitados, la capacidad de los médicos para cumplir con esta obligación se ve limitada. En debates sociales o discursivos sobre justicia distributiva en el área de salud, los médicos, basándose en su experiencia profesional, tienen el deber de proteger los intereses del paciente. A pesar de que no es necesario que los médicos tomen las decisiones solos, es vital que participen en el debate ético y en el proceso mismo, a fin de salvaguardar los intereses de los pacientes.

El caso de la distribución de los medicamentos en el gueto de Vilna es un ejemplo extremo de la justicia distributiva. El Dr Wajnyb tenía que decidir. Reconoció la importancia de los otros en el proceso de la toma de decisiones, y por lo tanto, formó un comité con personajes clave de los diferentes sectores del gueto. Tenía la esperanza de que dicho comité de ética llegara a una decisión justa y moralmente aceptable. Esto se puede comparar a cómo se toman hoy las decisiones atinentes a la justicia distributiva, tanto en las organizaciones, como en un contexto social y político. Sin embargo, este caso también revela que cuando no se llega a una solución justa, el problema no se termina. Los médicos aún hoy se ven confrontados con este dilema ético, y deben intentar hacer lo mejor que puedan bajo las circunstancias que se les presenten.

Hay dos maneras en que el comité puede enfrentar este dilema: el azar y el triage. La clasificación según el estado del paciente (triage) se aplica a menudo en situaciones en las que el personal de salud, los procedimientos o tratamientos, son insuficientes para todos aquellos que lo necesitan. Cuando este método de clasificación es aplicado en situaciones de emergencia, aquellas personas que tienen mayor probabilidad de sobrevivir son atendidas primero. Así, quienes tienen bajas probabilidades de sobrevivir son los últimos en recibir el tratamiento, si es que llegan a recibirlo. En el caso de la que la cantidad de medicamentos sea limitada, el comité debería identificar a los posibles sobrevivientes, y estos deberían

recibir el tratamiento. La ventaja de este método es que los individuos que tienen las mejores chances de sobrevivir recibirán el medicamento. La desventaja, no obstante, es que no todos los individuos tendrán iguales posibilidades de recibir los medicamentos que necesitan, y el comité deberá tomar decisiones que probablemente lleven a la muerte a algunas personas.

La segunda metodología a adoptar podría ser la del azar. Si uno asume que todas las vidas tienen el mismo valor, entonces todos deberían tener las mismas posibilidades de recibir el tratamiento. El comité podría haber establecido un procedimiento en el que se determine un número máximo de beneficiarios, y que esas personas fueran seleccionadas aleatoriamente. La ventaja de este método es la imparcialidad, y que aquellos elegidos son seleccionados por azar. Así, el comité no toma ninguna decisión sobre la vida de ningún individuo. La desventaja, naturalmente, es que algunos individuos con bajos pronósticos de supervivencia recibirán un medicamento valioso, y no así otros sujetos con mejores chances de sobrevivir, lo que podría provocar que estos últimos mueran cuando bien podrían haber sido salvados.

## **3. Los riesgos de la atención médica**

### **3.1 Divulgación de la identidad profesional cuando se enfrenta con peligro mortal**

#### **Caso de estudio**

El Dr. Gottfried Bloch nació en 1914, en Bohemia. Fue a la escuela de Medicina en Praga, pero se vio obligado a abandonar en su último semestre, después de que Alemania invadiera Checoslovaquia en 1938. En ese momento, a los estudiantes de medicina judíos ya no se les permitía continuar en la Universidad. Luego de que Alemania tomara Bohemia, trabajó en un centro de la comunidad judía como consejero psicológico.

En 1943, el Dr. Bloch fue enviado junto a su familia al gueto de Theresienstadt. Trabajó allí como médico, y así fue que se enteró acerca de la “desaparición de personas en los misteriosos transportes del Este”. Después de unos meses en Theresienstadt, el Dr. Bloch fue enviado a Auschwitz, y confinado en el campo de concentración de familias checas. Le



tatuaron un número el brazo, y otro prisionero le explicó que sólo quienes fueran necesarios para el trabajo en el campo tendrían la oportunidad de sobrevivir. Posteriormente, oyó un silbido para salir, y una orden dirigida a todos los médicos con el fin de que se reunieran para pasar lista.

En sus memorias, el Dr. Bloch escribió que él sabía muy bien que ese sería un “momento decisivo en su vida”. Tendría que tomar la decisión de revelar que él era un médico, o de ocultarlo. No obstante, en ese momento desconocía la magnitud de esta decisión.

Bloch corrió rápidamente, y se alineó con sus compañeros de prisión. Esperaron para la llegada del médico de la SS. La tensión era insoponible. Cuando los médicos de la prisión se encontraban formados, y el doctor de las SS los estaba inspeccionando, Bloch dio un paso fuera de la línea, y le explicó que no era todavía un médico *calificado*. El médico de las SS se rió de él; “fue la primera y última risa que he oído en Auschwitz”, asegura. Luego procedió a trabajar en el cuartel del hospital. Según el Dr. Bloch, esta decisión le salvó la vida. Señala:

*“Me sentí enormemente aliviado por mi asignación. Sospechaba que la decisión acerca de revelar mi profesión era importante. Sin embargo, no sabía en ese entonces qué tan importante sería”.*

El Dr. Bloch continuó trabajando en diversos campos de Auschwitz. Fue capaz de permanecer con vida gracias a que podía trabajar como doctor (y se necesitaban especialmente médicos en algunos campos de concentración para atender a otros prisioneros, y así mantenerlos vivos con el fin de que continuaran con el trabajo). Bloch fue transportado posteriormente junto al resto de los médicos prisioneros a un campo de trabajo forzoso, Ohrdruf, donde su propia condición física se deterioró debido al agotamiento y a las heridas gravemente infectadas que habían atacado a sus pies. Luego de tomar la decisión de ayudar a un compañero de prisión, a pesar de su estado precario de salud, se le pidió una vez más que trabajara como médico:

*“Pensé en las lesiones en mis propios pies, las cuales dolían con cada paso que daba, pero me había encargado de cubrirlas cuidadosamente con mis pantalones. Yo podría ser quien yaciera sobre esta mesa. Los próximos minutos, lo sabía, serían decisivos en cuanto a definir si sería considerado un paciente, y en consecuencia eliminado como basura humana sin valor; o bien, aceptado de nuevo como un médico”.*

Una vez más, salvó su vida debido al hecho de que había admitido ser médico.



## Referencia:

Gottfried R. Bloch, *Unfree Associations. A Psychoanalyst Recollects the Holocaust* [Asociaciones no libres. Un psicoanalista analiza el Holocausto] (Red Hen Press, 1999).

## Pregunta

¿Debe un médico revelar su profesión siempre que las circunstancias lo hagan necesario?

## Discusión

El caso anterior se produce en una situación extrema en la que un médico se ve llamado a ejercer su profesión, a pesar de las circunstancias aterradoras, inciertas y peligrosas que preponderaban. En la profesión del médico pueden darse situaciones en las que se vea convocado a proporcionar asistencia, aún cuando su propia vida esté en peligro. Si bien no están obligados por ley a actuar como buenos samaritanos, el deber moral sugiere que responderían al llamado evocado por la pregunta “¿hay un médico en la sala?”. Una de las virtudes del profesionalismo médico es el deber de cuidar. Una persona que se convierte en un médico lo hace con la promesa de que utilizará sus habilidades de la mejor manera posible. Esta promesa es, en efecto, un derecho en sí mismo, y un médico está moralmente obligado a cumplir ese deber, incluso si se pudiera poner su propia vida en peligro. Es muy difícil de cuantificar el “peligro” y, por lo tanto, la cuestión del deber de cuidar de un médico podría ser debatida, si existiera un peligro inminente que amenace su seguridad.

El deber de cuidado no está claramente definido, y abarca las normas éticas básicas de beneficencia, no maleficencia, respeto a la autonomía, así como otros principios éticos de larga data.

El Dr. Bloch era consciente de que su decisión de dar un paso adelante y ser honesto al comunicar su formación médica podría tener importantes consecuencias en su vida. Reconocía que esta decisión ponía en peligro su propia seguridad. Percibió que su decisión era clave para ser considerado como un trabajador necesario para llevar adelante determinadas funciones en el campo. Al mismo tiempo, se dio cuenta de que su estatuto de médico podría ser una manera de asegurar no sólo su propia supervivencia, sino también la de sus compañeros de prisión, en el caso de que requiriesen de ayuda sanitaria.



¿Tomó el Dr Bloch la decisión éticamente indicada en estas circunstancias? ¿Qué hubiera sucedido, si no hubiera decidido revelar su condición profesional y el estado de su formación?

## 3.2 El tratamiento del enemigo

### Caso de estudio 1

El doctor Elkhanan Elkes fue elegido como líder del Consejo Judío del gueto de Kovno en Lituania. Como tal, a menudo debía tomar decisiones de vida o muerte que afectarían no sólo a sus pacientes, sino a la comunidad judía en su totalidad. En el gueto de Kovno, al igual que en todos los otros, no se les permitía a los médicos judíos atender a aquellos pacientes que no fueran judíos, a la vez que a los médicos cristianos se les prohibió atender a judíos.

Un día, el Sargento Mayor SS Schtitz, quien era responsable de los Asuntos de Judaísmo en el gueto, cayó enfermo. En consecuencia, solicitó que el Dr. Elkes, quien era un destacado especialista en medicina interna, lo examine y le prescriba la medicación apropiada. A pesar de que las Leyes de Raza nazis prohibían explícitamente a los médicos judíos atender a los alemanes, las mismas no siempre eran obedecidas por el líder de la SS, quien de vez en cuando buscaba obtener tratamiento en manos de médicos judíos.

Schtitz era un hombre cruel. De hecho, había ordenado y comandado terribles ejecuciones en el gueto, además de haber robado muchos de los bienes que pertenecían en realidad a los judíos que habitaban en su seno.

El Doctor Elkes se encontraba dividido entre sus obligaciones como líder de la comunidad judía, y su sentido de deber como médico. Finalmente, optó por examinar al SS nazi, y prescribir la medicación necesaria para el hombre enfermo.

Luego del incidente el Dr. Elkes le dijo a Abraham Tory, un muchacho judío del gueto, lo siguiente:

*“Este paciente, a quien el destino me ha forzado a tratar, ha sido extremadamente chocante para mí. El sólo hecho de tocarlo – teniendo en cuenta que sus manos están cubiertas de la sangre de judíos- ha sido horrible. Aún así, supongo que hice lo que debía hacer. Esto puede ayudar a salvar vidas.”*



## Referencia

Abraham Tory, *Surviving the Holocaust. The Kovno Ghetto Diary [Sobreviviendo al Holocausto. Diario del Gueto de Kovno]* (Harvard University Press, 1990).

## Caso de estudio 2

El Doctor Zymunt Klukowski, médico polaco de 55 años, pasó la mayor parte de la guerra bajo el cargo de Superintendente del Hospital del condado de Zamosc en Szczebrzeszyn. En noviembre de 1942, Zamosc fue declarado como el primer territorio en el área de Polonia formalmente ocupado por los nazis, donde la población judía de aproximadamente 60,000 personas ya había sido asesinada como parte del programa nazi de purificación étnica. Además, más de 100,000 polacos fueron forzosamente desplazados de la región y enviados a campos de trabajo esclavo. A lo largo de la guerra, el Doctor Klukowski, miembro de los grupos de resistencia polacos, llevaba un diario al que mantenía en secreto. Pueden leerse debajo varios extractos del mismo:

Escrito el 23 de julio de 1940: *“El cirujano del país de Bilgoraj, el Doctor Snacki... llamó a todos los médicos a que se reunieran, y nos comunicó la nueva regulación alemana que concierne al tratamiento médico para los judíos. No nos permiten firmar ninguna nota, tales como aquellas que los eximen del trabajo... No nos permiten asistir a ningún judío. Luego de que cuestionara esto diciendo que en Szczebrzeszyn no hay siquiera un doctor judío, los alemanes accedieron a que el Hospital diera asistencia médica a judíos sólo una hora cada día, y sólo cuando no haya otros pacientes presentes. Sin embargo, aún no tenemos derecho a darle admisión a pacientes judíos en el Hospital, excepto en caso de enfermedades infecciosas... Me obligaron a darles el alta a unos cuantos de ellos... A muchos los mantenía en el Hospital sólo para protegerlos de que fueran enviados a campos de trabajo forzado, y no porque estuvieran realmente enfermos. “*

Escrito el 8 de mayo de 1942: *“Alrededor de las 3 de la tarde se desató un verdadero infierno en la ciudad. Vino desde Zamosc un grupo de la Gestapo. Ordenaron al Consejo de Judíos que les entregase 100 hombres para ser destinados al trabajo forzado, en tan sólo una hora. Después de que esa hora pasó, la Gestapo, con la ayuda de los guardias civiles, comenzó a atrapar por doquier a los judíos. Realmente comenzaron a disparar masivamente.... Disparaban a la gente como si fueran patos,*





*matándolos no sólo en las calles, sino también en sus propias casas - hombres, mujeres y niños, indiscriminadamente... Los judíos vinieron a mí pidiendo ayuda, entonces envié algunos grupos con camillas para recoger a los heridos. Luego de un rato caí en la cuenta de que me habían dado instrucciones explícitas para que no diera ningún tipo de ayuda médica a judíos. Llamé a la comisaría y me dijeron que ellos no eran mi problema. Luego llamé al doctor distinguido en Bilgoraj: me dijo que el Hospital no tenía ningún derecho de dar ayuda médica a los judíos, ya que un doctor judío estaba en la ciudad... Reuní a algunas personas en la entrada de Hospital para explicarles que no nos permitían admitir a ningún paciente judío. Alrededor de las 4 de la tarde dos hombres de la Gestapo, un guardia civil y un miembro de la “policía azul”, entraron en el vestíbulo del hospital, armados con ametralladoras, y preguntaron si yo había admitido o asistido a algún judío. Les dije que no.*

*Alrededor 5 de la tarde, el Doctor Bolotny, el único médico judío en la ciudad, vino a mí rogándome que lo ayudara. Estoy muy entristecido por haber tenido que negarme a brindarle cualquier tipo de colaboración. Hice esto únicamente debido a las órdenes estrictas de los alemanes. Por supuesto que fue en contra mis propios sentimientos, y en contra del deber de un médico. Todavía puedo ver con mis propios ojos a los carros llenos de muertos, a muchos heridos sobre la acera frente a mi hospital, lugar en el que me prohibieron que les diera cualquier tipo de ayuda. “*

## **Referencia**

Zygmunt Klukowski, *Diary from the Years of Occupation, 1939-1944* [Diario de los años de la ocupación 1939-1944] (University of Illinois Press, 1993).

## **Pregunta**

¿Cómo deberían actuar los doctores a la hora de tratar a los pacientes que son definidos como “el enemigo”?

## **Discusión**

En el caso señalado, ambos doctores - por un lado un prisionero (Elkes) y por el otro un médico polaco “colonizado” y no combatiente (Klukowski)- debían atender (o no) a pacientes que habían sido catalogados como pertenecientes al grupo del enemigo. Las circunstancias beligerantes dictaron definiciones acerca del “enemigo”, aun en el caso de estos profesio-

nales, quienes no trabajaban dentro de un contexto militar. Sin embargo, los dilemas éticos pueden parecerse a aquellas circunstancias que podrían presentárseles a los profesionales de la salud en el servicio militar.

Los dilemas potenciales en cuestión podrían ser: ¿tratar a los enfermos y heridos, o no tratarlos?, ¿seguir la conciencia propia o a una autoridad externa?, ¿adherirse a la ética tradicional y a los códigos médicos, o seguir las directivas de una autoridad estatal, de un oficial militar o de un guardia de la prisión?, ¿proteger la seguridad de uno mismo, o arriesgarlo todo en el afán de atender o salvar a otros?

Los casos citados revelan que un contexto militar cambiante y una coyuntura política determinada pueden ocasionar que las elecciones éticas, y la toma de decisiones en general, se tornen inconsistentes y variables. En épocas de guerra, los profesionales de salud son puestos con frecuencia en situaciones donde deben medir su responsabilidad y devoción hacia sus pacientes, contra su lealtad hacia un tercero. En algunas circunstancias inherentes al escenario militar (u otras), los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía del paciente y de autodeterminación pueden no necesariamente coincidir con la obligación militar o civil de los médicos. El médico puede enfrentar muchos dilemas éticos, ya sea en el campo de batalla, en otras circunstancias, o en una zona beligerante, ante cuestiones como proporcionarle o no tratamiento a los rehenes de la guerra, o bien ante la decisión de priorizar darle atención a soldados heridos del bando enemigo, o a civiles.

Tales coyunturas pueden llevarnos hacia el problema de la doble lealtad, la cual es manifestada en los conflictos que ponen en tensión a los deberes del profesional en relación al paciente, con las obligaciones y compromisos tomados con terceros. Del mismo modo, estas cuestiones pueden promover y generar complicidad por parte de los profesionales de salud en relación a la comisión de diversas vulneraciones de derechos humanos, así como su no adhesión a la ética médica. Algunas de estas situaciones pueden surgir cuando la seguridad personal del médico se ve amenazada por la autoridad militar o gubernamental. ¿Pero sobre quién recae el deber del médico?

En tanto el personal de salud se encuentra dividido entre su deber de curar, por un lado, y apoyar determinados objetivos militares, por el otro, estas tensiones resultan inevitablemente en notorias consecuencias éticas relativas a los derechos humanos, que afectan tanto a soldados como a



civiles. Cuando los profesionales se ven enfrentados a decidir entre el acatamiento de políticas estatales o nacionales, o la adhesión a principios internacionales inherentes a la ley humanitaria y a la ética médica, el médico debería optar por esto último.

### **3.3 Atención médica en circunstancias peligrosas - El deber de obligación del médico/enfermera**

#### **Caso de estudio**

A finales del otoño de 1944, el gueto de Łódź ya había sido cerrado. De los más de 200.000 judíos que alguna vez vivieron allí, apenas unos 900 lograron sobrevivir. Seiscientos judíos eran parte de un equipo de limpieza, y vivían en un campo de trabajo forzado oculto, mientras que los otros trescientos se ocultaban en sótanos, edificios abandonados, y bunkers secretos.

Una noche, un hombre entró sigilosamente en el campo de concentración. Su esposa, escondida en una casa abandonada, estaba desangrándose luego de dar a luz a su bebé. Tras pedirle ayuda a un cirujano, quien se negó a brindarla, le comentaron que había una partera en el campo, y que tal vez ella podría ayudarlo. La obstetra, Rachel Herschenberg, estaba casada y era madre de una adolescente, Salomea. La familia Herschenberg había vivido en el gueto de Lodz desde que había sido establecido el 1 de mayo de 1940.

Rachel decidió ir con el hombre para ayudar a su esposa e hijo. En palabras de su hija, Salomea:

*“En un sótano sucio y bien camuflado mi madre revisó a la mujer que sangraba abundantemente y retiró la placenta retenida con una mano sin guante y no muy limpia. Ella esperó hasta que el sangrado se detuviera, revisó al bebé, y luego regresó sola al campo”.*

“Sally”, informó la partera mientras su rostro irradiaba orgullo, “es un bebé sano y hermoso.”

Rachel decidió realizar otra visita a su paciente, para comprobar que todo estuviera bien después del parto. Salomea trató de convencerla de que no fuera, ya que era un viaje peligroso. Le decía a su madre que estaba desafiando a la muerte, que el cirujano que los rechazó por primera vez había tenido más sentido común, y que la mujer era una tonta por esconderse en un lugar estando embarazada. Señalaba:



*“Es una doble invitación a la muerte. No entiendo cómo en medio del hambre, la destrucción y la expulsión alguien puede quedar embarazada. “*

Rachel respondió:

*“La necesidad de intimidad es muy fuerte, incluso en las condiciones humanas más precarias. Sin embargo, es cierto que el hambre nos ha hecho asexuados a varios de nosotros. ¿No ves algo simbólico en esta concepción?”*

A lo que Salomea contestó:

*“No, veo un riesgo para tu vida y no estoy interesada en símbolos. No me dejes morir sin ti, y no me dejes sobrevivir sin ti. No vayas”.*

Rachel, después de abordar brevemente los temores de su hija, le respondió:

*“Los nazis nos quitaron el derecho a estar embarazadas y a tener hijos. Estoy totalmente capacitada para asistir partos, y los bebés son la promesa de vida. Ellos son el renacimiento de nuestra nueva nación.”*

Rachel hizo una segunda visita, sola. Volvió radiante de alegría y con un poco de pan. La madre y el bebé se encontraban bien.

## **Referencia**

Solomea Kape, *The Midwife of Łódź* [La partera de Łódź],  
<http://www.kozerawski.com/2010/12/27/lodz-ghetto-the-midwife-from-lodz-by-salomea-kape/>

## **Pregunta**

¿Un profesional médico está obligado a atender a un paciente cuando su vida corre peligro?

## **Discusión**

En esta situación, la partera experimenta un conflicto de intereses: el del paciente en cuanto a recibir atención médica apropiada, y su interés personal de mantenerse con vida. En este punto también entran en colisión dos obligaciones atinentes a Rachel: la obligación de atender a los pacientes, la cual remite a su formación profesional, y su responsabilidad como madre.

La tradición de la ética médica ha apoyado durante mucho tiempo el principio de que los profesionales de salud (médicos, enfermeras y otros) deberían tratar a los pacientes que lo necesiten, sin importar el riesgo que



podiera representar para ellos mismos. Esto no significa que deban pasar por alto por completo los riesgos para sí mismos, sino más bien que las consideraciones sobre los riesgos que conciernen a ellos no deben constituir la prioridad más alta. Cuando uno se convierte en un profesional médico realiza un juramento para ser un sanador, y para estar al servicio de los enfermos. Así, en general se espera que los profesionales médicos traten de hacer todo lo posible para ayudar a un paciente. Aunque dar su propia vida por la vida de otro sería ir por encima y más allá del llamado del deber, se espera que el médico actúe con valor y humanidad cuando sea necesario.

Este caso se refiere al principio del deber. Los médicos, enfermeras y parteras tienen el deber de proporcionar atención a los pacientes. Sin embargo, en este caso, también existe el deber de proteger a la propia familia. ¿Cómo se equilibra la obligación profesional con la obligación de proteger y cuidar de la familia? Del mismo modo que no se espera que uno renuncie a su vida con el fin de salvar a un paciente, tampoco se espera que uno exponga a un miembro de su familia a la muerte, con el fin de salvar a un extraño. En este caso, la partera tenía una hija adolescente. Uno se queda con la duda de lo que habría decidido si su hija hubiese sido un bebé.

El caso de la partera de Lodz también ejemplifica otro aspecto de la humanidad, y en muchos casos del profesionalismo médico: la libertad que cada persona tiene para tomar decisiones y hacer elecciones, a fin de encontrar un significado en la vida.

Victor Frankl, el psiquiatra judío que sobrevivió al Holocausto, enfatizó esto en su libro *El hombre en busca de sentido*. En su teoría de la logoterapia, Frankl señala que a una persona pueden quitarle sus bienes, su familia, el honor y sus medios de subsistencia, pero lo que no le pueden arrebatar jamás es su capacidad de pensar, de experimentar y de tomar sus propias decisiones.

Rachel Herschenberg, la partera, refuerza el enfoque de Frankl. Ella no tenía ninguna obligación moral de arriesgar su vida o la de su familia por la de otro, y sin embargo, hizo una elección consciente y profesional al poner su propia vida en riesgo con el fin de ayudar a un paciente. Al hacerlo, logró forjar algún significado para su vida, a pesar de las condiciones de opresión que preponderaban en el gueto.



## Referencia

Victor Frankl, *Man's Search for Meaning [El hombre en busca de sentido]* (Pocket Books, 1984).

### 3.4 Modificando las posturas éticas [Altering Ethical Stances]

#### Caso de estudio

Cuando los nazis ocuparon Lvov en junio de 1941, el Profesor Ludwik Fleck, un conocido bacteriólogo, perdió su hogar. En consecuencia, él y su familia se vieron obligados a vivir en el gueto. Allí, el profesor Fleck y algunos de sus colegas continuaron su investigación sobre la vacuna para el tifus. Gracias a sus esfuerzos, y a pesar de las condiciones extremadamente duras que los rodeaban, su investigación fue exitosa. La vacuna, que se derivaba a partir de la orina de pacientes judíos, salvó las vidas de muchos internos que lograron acceder a ella. Mientras recibían tratamiento para el tifus, los pacientes también se encontraban protegidos de las selecciones de muerte.

En enero de 1943, el Dr. Fleck y su esposa fueron deportados a Auschwitz. Allí, el doctor contrajo tifus, pero en un nivel moderado, dado que se había vacunado. Aunque Fleck inicialmente realizaba trabajo forzoso en Auschwitz, luego le encomendaron realizar trabajo de laboratorio en la investigación bacteriológica destinada a los internos.

En enero de 1944, el Dr. Fleck fue enviado al Bloque 50 en Buchenwald para llevar a cabo investigaciones sobre vacunas contra el tifus. Junto con dos colegas descubrieron que la vacuna que se estaba desarrollando allí era ineficaz. Con este conocimiento, Fleck y sus colegas decidieron continuar produciendo esta ineficaz vacuna adrede, como un acto de sabotaje al trabajo de los médicos alemanes. De hecho, esta misma vacuna fue enviada al ejército alemán para inyectar a sus soldados. Según señala Fleck en su testimonio posterior a la guerra, los médicos nazis que estaban desarrollando la vacuna tenían un conocimiento muy limitado de la investigación. Esto permitió al Dr. Fleck y a sus colegas continuar con la producción de esa vacuna.

Mientras esto ocurría, Fleck y sus compañeros lograron producir en forma paralela una vacuna realmente eficaz, que fue administrada a



sus compañeros de prisión. Algunos ejemplares de las vacunas eficaces también fueron enviados a los alemanes en calidad de muestras de control, con el propósito de que los ejemplares ineficaces no fueran descubiertos.

Después de la guerra, el Dr. Fleck declaró en Nuremberg como testigo experto contra el conglomerado de drogas alemán, I.G. Farben. El mismo había llevado a cabo experimentos con seres humanos en cooperación con los doctores de la SS, con el fin de desarrollar vacunas.

## Antecedentes

El tifus, enfermedad transmitida por los piojos, es una afección infecciosa que fue de gran relevancia tanto en la Primera como en la Segunda Guerra Mundial, e incluso en otros conflictos armados que ocurrieron siglos anteriores. Las condiciones insalubres y de hacinamiento presentes en los guetos o campos de concentración dieron lugar a la propagación de la enfermedad de una persona a otra, provocando de esta manera una epidemia. Las autoridades alemanas estaban particularmente preocupadas de que el tifus se extendiera tanto entre sus soldados como en la población general. El temor al tifus y a otras enfermedades infecciosas constituyó una de las razones principales por las que los alemanes establecieron guetos judíos en los territorios ocupados. Los guetos se convirtieron en zonas de “cuarentena” utilizadas para circunscribir las más letales enfermedades a la población judía.

Los médicos militares alemanes reconocieron que las condiciones de hacinamiento y falta de higiene en el gueto eran propensas a catapultar la cantidad de casos de tifus entre su población. En algunas ocasiones, los médicos alemanes trabajaron junto a sus pares judíos, con el fin de establecer protocolos de lucha contra la enfermedad.

Cuando las autoridades alemanas consideraron que una epidemia de esta afección era inminente actuaron de forma rápida y brutal. En diciembre de 1941, cuando el campamento de gitanos (inicialmente formado por 5.000 personas) en el gueto de Lodz se encontraba infectado con el tifus, la SS y la Policía alemana lo vació, enviando a todos sus habitantes a Chelmno, lugar en el que finalmente fueron asesinados. Otro ejemplo paradigmático es el del gueto de Kovno (Kaunas) en Lituania, donde el 4 de octubre de 1941 los alemanes seleccionaron y asesinaron cerca de 2.000 personas, incluyendo a los pacientes del modesto hospital judío. La institución fue rociada con gasolina e incendiada, con todos los enfermos

y profesionales encerrados en su interior. El temor al tifus fue una de las justificaciones para este acto.

En todos los guetos de Europa del Este, así como en los campos de concentración, los médicos prisioneros solían hacer todo lo posible para controlar el tifus, combatiendo las condiciones de hacinamiento y falta de higiene que los rodeaban. Actuaban de este modo para salvar las vidas de sus compañeros de prisión. Además, estos médicos también intentaron ocultar, o bien disimular, ante las autoridades médicas o administrativas alemanas, los brotes de tifus que se presentaban. Sabían que si los alemanes detectaban tifus en los campos o en los guetos existían altas probabilidades de que muchas personas fueran asesinadas.

### Referencias

1. Ludwig Fleck, *Survivor Testimony/Document 0-3/650* [Testimonio de un sobreviviente], Yad Vashem, Jerusalem.
2. Naomi Baumslag, *Murderous Medicine: Nazi Doctors, Human Experimentation, and Typhus* [*Medicina asesina. Médicos nazis, experimentación humana y tifus*] (Praeger, 2005).
3. Robert S. Cohen, Thomas Schnelle eds., *Cognition and Fact. Materials on Ludwig Fleck* [*Cognición y realidad. Materiales sobre Ludwik Fleck*] (Reidel Publishing Company, 1986).

### Preguntas

- ¿Fue éticamente correcto fabricar vacunas ineficaces?
- ¿Existen circunstancias dentro de las cuales resulte ético cambiar los valores médicos?

### Discusión

El Dr. Fleck y sus colegas no trabajaron en un entorno de investigación típico. Fueron prisioneros en un campo de concentración, y por ende sus vidas y las de sus familiares estaban en riesgo a cada momento. Sin embargo, optaron por utilizar sus conocimientos médicos, tanto para ayudar a sus compañeros de prisión, como para sabotear las maniobras de guerra alemanas, valiéndose de las únicas herramientas que tenían a su disposición. Sabían que falsear datos de una investigación sería poco ético en circunstancias normales, y que sus acciones no beneficiarían a los soldados alemanes, sino que incluso podrían llegar a dañarlos. A pesar de encontrarse prisioneros y de vivir en una situación de alto riesgo, uti-





lizaron sus conocimientos médicos como una manera estratégica de resistir a los nazis. Desde su perspectiva de prisioneros, su accionar estuvo justificado. La dura realidad de un campo de concentración nazi produjo inevitablemente que las decisiones tomadas por los médicos prisioneros en tal contexto no fueran compatibles con su sistema ético previo.

Se espera usualmente que los profesionales de la salud mantengan vigentes los valores relativos a la verdad y a la honestidad. No obstante, diversos escenarios pueden producir distintas realidades, y de este modo pueden surgir nuevos estándares para juzgar lo que es honesto y éticamente correcto. ¿Qué pasa si estos valores entran en conflicto con otros valores esenciales como la vida misma, la beneficencia, o la libertad? ¿Puede una mentira u otra forma poco ética de conducta estar justificada, si la misma salva una vida humana, a una comunidad, o si se evita otro gran mal?

En este caso, ¿fue éticamente correcto entregar a los soldados enemigos una vacuna que se sabía que era ineficaz? En esta pregunta se yuxtapone un acto de guerra (suministrar una vacuna ineficaz al enemigo) con el elemento del juramento hipocrático que exhorta a “no hacer daño”. En circunstancias de guerra, ¿a quién deben su lealtad los médicos? ¿Están obligados a salvar las vidas de aquellos dedicados al asesinato de inocentes? En la guerra, ¿es siempre posible que un médico involucrado en la contienda actúe con la más alta integridad ética? ¿Qué es exactamente la integridad ética en esa situación extrema?

### 3.5 El cumplimiento de los médicos nazis

#### Caso de estudio

Miklos Nyiszli nació en 1901 en Samlyo, Rumania. Empezó sus estudios en Medicina en la Universidad de Clug, los continuó en la Universidad de Kiel en Alemania, y finalmente los completó en Breslau. En 1944, el Doctor Nyiszli fue deportado a Auschwitz-Birkenau junto con su esposa e hija. Cuando llegaron a Birkenau, la familia fue seleccionada por el médico de la SS, el Doctor Josef Mengele, para formar parte del grupo de aquellos que eran aptos para el trabajo. Mengele ordenó a todos los médicos del grupo que dieran un paso al frente, y les comunicó que buscaba un experto en medicina forense. Luego de ser interrogado por Mengele, Nyiszli fue separado del grupo, lo afeitaron, desinfectaron



y tatuaron. Posteriormente, fue conducido a una renovada sala de disección, equipada para realizar autopsias.

Se le ordenó que realizara autopsias a enanos y gemelos, quienes eran sujetos de investigación, así como a otros cadáveres de internos que eran diseccionados, para llevar a cabo investigaciones médicas. Nyzsli debía enviar sus informes de investigación anatómica al Instituto Kaiser Wilhelm de Antropología, Ciencia Hereditaria y Eugenesia, ubicado en Berlín. Como parte de su trabajo, también debía proporcionar asistencia médica al staff integrado por los SS y al Sonderkommando, es decir, a los prisioneros judíos del campo de concentración que removían los cuerpos de las cámaras de gas y los trasladaban al crematorio.

A través de su trabajo, Nyzsli conoció los detalles concretos de los bárbaros experimentos que se llevaban a cabo, así como los métodos empleados para asesinar a las víctimas. Nyzsli escribió reiteradamente que no tenía expectativas de sobrevivir al campo, pero que también sabía que de no cumplir con sus tareas profesionales como médico, sería él quien fuera asesinado. Nyzsli señala:

“Literalmente se me pusieron los pelos de punta cuando me di cuenta de cuánto me había enterado durante mi corta estadía en el crematorio, y de cuánto más habría de enterarme sin poder objetar una sola una palabra, antes de que fuera mi turno. Entonces, en cuanto atravesé la puerta del crematorio, me di cuenta de lo inevitable: sé tantos secretos, que no tengo la menor duda de que soy un hombre muerto. Era imposible esperar que el Doctor Mengele y el Instituto de Berlín-Dahlem fueran a permitirme dejar aquel lugar con vida.”

El doctor Nyzsli y sus compañeros, los prisioneros del Sonderkommando, registraron todos detalles acerca de los perpetradores, las víctimas, los métodos y los instrumentos utilizados para llevar adelante el exterminio masivo. Todos los miembros del Sonderkommando firmaron el documento, y lo enterraron. A pesar de que este documento en particular nunca fue recuperado, otros similares sí fueron descubiertos luego de la guerra.

A finales de enero de 1945, el Doctor Nyzsli fue deportado a Mauthausen, donde fue finalmente liberado por tropas norteamericanas el 6 de mayo de 1945. Su esposa y su hija fueron liberadas en el Bergen-Belsen. Después de la guerra, el Doctor Nyzsli volvió a la ciudad de Ordea, donde trabajó nuevamente como médico. En mayo de 1956, el Doctor Miklos Nyzsli murió de un infarto.



Las memorias del Doctor Nyiszli, publicadas por primera vez en 1946, sirvieron como uno de los primeros y más detallados testimonios sobre los experimentos nazis, las cámaras de gas y los crematorios en Auschwitz.

## Referencias

Miklos Nyiszli, *Auschwitz. A Doctor's Eyewitness Account* [*Auschwitz. Relato de un testigo presencial médico*] (Arcade Publishing, 1993).

## Pregunta

¿Es ético para un médico obedecer al enemigo?

## Discusión

Aunque ambos doctores estuvieran implicados de principio a fin en la investigación, el Doctor Mengele y el Doctor Nyiszli no trabajaban con los mismos propósitos. La investigación del Doctor Mengele apuntaba a justificar las teorías nazis bio-raciales, así como sus propias metas profesionales, académicas e ideológicas. Por otro lado, el Doctor Nyiszli participó en la investigación de Mengele como médico y anatomista, pero lo hizo en calidad de prisionero, y salvaguardando su propia supervivencia y la de su familia. En este sentido, los objetivos de ambos doctores eran marcadamente diferentes.

Nadie que no haya pasado por tales situaciones, o no haya vivido en aquellas circunstancias horribles, conoce realmente los límites de la obediencia. Deberíamos, entonces, ser humildes en los juicios éticos que realizamos desde esta distancia. Por otro lado, incluso en aquellos que representan los mejores ejemplos de humanismo, determinadas coyunturas y circunstancias particulares han hecho la diferencia. En el caso de Doctor Nyiszli, sin embargo, varios puntos se destacan:

- 1) Realizó sus tareas como médico, porque no hacerlo probablemente causaría su muerte y la de su familia. Esto era un hecho innegable.
- 2) No participó en las selecciones de prisioneros, sino que sólo realizó el papel de un patólogo. Él no causó sus muertes, ni tampoco podía salvar sus vidas. En este punto, sólo podía salvarse a sí mismo y, quizás, por su obediencia, a su esposa e hija.
- 3) Trabajó como médico, asistiendo tanto a algunos de los perpetradores (miembros de la SS), como a otros internos del campo. En este rol, realizó su deber como médico, ayudando a sobrevivir a los otros, y

también acumuló un conocimiento pormenorizado relativo a las prácticas de exterminio.

4) Cuando tuvo la oportunidad, registró los métodos crueles empleados en la política de exterminio nazi. Esta acción, que de ser descubierta podría haber causado su muerte, fue destinada a la posteridad para que se hiciera justicia.

Una de las primeras lecciones de este caso es que debemos abordar la cuestión de la “obediencia”, con la mayor humildad. ¿Qué hubiéramos hecho nosotros? ¿Qué decisiones hubiéramos tomado? Y hoy, cuando se nos pide en nuestra propia Nación que acatemos diversas políticas, regulaciones y leyes que nos resultan injustas o son desleales, ¿qué deberíamos hacer? Quizás haya, incluso, una pregunta paralela: ¿Qué haríamos nosotros para asegurar y/o arriesgar la seguridad de nuestras propias familias y seres queridos?

Leyendo el libro de Nyiszli surge también una confusa variable: el orgullo del propio trabajo. El Doctor Nyiszli estaba orgulloso de su trabajo. Esto se evidencia en las descripciones meticulosas de sus autopsias, sus conclusiones, e informes clínicos. Aunque estar orgullosos de nuestro trabajo sea algo comprensible, e incluso recomendable en tiempos ordinarios, la apariencia de la narrativa de Nyiszli resulta un tanto desconcertante. Aun así, quizás sea precisamente este orgullo aquello que le permitió a Nyiszli sobrevivir el verdadero infierno de trabajar y vivir en el crematorio de Auschwitz.

## **4. Aborto: la perspectiva de los médicos nazis y los médicos de prisioneros**

El Dr. Aharon Peretz, un ginecólogo en el gueto de Kovno, describe cómo los médicos trataron de proteger a las mujeres judías embarazadas. En sus memorias, escribe:

*“Logré conseguir el permiso para que las mujeres que estaban en el octavo o noveno mes de su embarazo pudieran continuar con sus embarazos.*

*Las mujeres embarazadas tuvieron que esconderse y no salir a la calle a la luz del día.*



*Dado que yo era oficialmente el obstetra en el hospital, tuve que procurar que estos nacimientos se mantuvieran en secreto. Le di a las parteras y a las pacientes instrucciones de cómo mantener su embarazo en secreto, y les ordené que me llamaran sólo en un caso de emergencia (...)*

*(...) Me vi obligado a concluir que, para las mujeres embarazadas del gueto, no quedaba otra opción más que abortar.*

*Antes de todo esto, un aborto estaba permitido sólo cuando la salud de la mujer estaba en peligro. Pero en estos casos, no era la tuberculosis, ni cualquier otra enfermedad grave, el motivo para la realización de estos abortos, sino más precisamente la Gestapo y su política de aniquilaciones (...).”*

*“Cuando una mujer embarazada llegaba al hospital (...) yo tenía que lidiar en cada caso con un corazón y un espíritu frío”.*

## **Referencia**

Aharon Peretz, *They did not cry in the Camps [Ellos no lloraron en los campos]* [Hebrew] (Massada, 1960).

## **Caso de estudio 2**

La Dra. Gisella Perl era una ginecóloga judía de Máramaros Sziget, Transilvania. En 1944, fue deportada a Auschwitz junto con sus padres, su marido y su hijo. Ella fue la única que sobrevivió.

La Dra Pearl atendía a las internas de Auschwitz que estaban embarazadas. Allí, al ver con sus propios ojos cómo eran arrojadas vivas al crematorio, la Dra. Perl recuerda:

*“Pero poco a poco el horror me hizo sublevar, y esta sublevación me sacó de mi letargo, y me dio un nuevo estímulo para vivir. Tenía que permanecer viva. Era yo quien tenía que salvar a todas las mujeres embarazadas del campo C de este destino infernal. Era yo quien tenía que salvar la vida de las madres, si no había otra manera, destruyendo la vida de sus hijos por nacer. Corrí de vuelta al campo, y yendo de un bloque a otro les conté a las mujeres lo que había visto. Nunca más alguien traicionaría su condición humana de esta forma. Esto sería negado hasta nuestro último suspiro, ocultado de la SS, los guardias e incluso el líder del bloque.... Primero llevé conmigo a las mujeres con embarazos en el noveno mes... Asistí los partos de embarazadas en el octavo, séptimo, sexto, quinto mes, siempre con prisa, con mis cinco dedos, en la oscuridad, en condiciones terribles...*

*Nadie sabrá nunca lo que significaba para mí matar a estos bebés. Después de años y años de práctica médica, el parto seguía siendo para mí el milagro más bello y más grande de la naturaleza. Amaba a aquellos bebés recién nacidos no como un médico, sino como madre, y era como si matara a mi propio hijo una y otra vez para salvar la vida de una mujer. Cada vez que me arrodillaba sobre el excremento humano que cubría el suelo de los cuarteles para realizar un parto sin instrumentos, sin agua, sin los requisitos más elementales de higiene, oraba a Dios para que me ayudara a salvar la vida de la madre, o jamás volvería a tocar a una embarazada. Y si yo no hubiera hecho lo que hice, tanto la madre, como el niño habrían sido brutalmente asesinados. Dios fue bueno conmigo. Por un milagro, que debe sonar como un cuento de hadas para los médicos, cada una de estas mujeres se recuperó y fue capaz de trabajar, lo que, al menos por un tiempo, le salvó la vida”.*

## **Referencia**

Gisella Perl, *I was a Doctor in Auschwitz* [Fui médico en Auschwitz] (Ayer Company Publishers, Inc., 1997) [publicado originalmente en 1948].

## **Antecedentes: El uso nazi del aborto como herramienta eugenésica**

En Alemania, a lo largo del período de Weimar la legalización del aborto fue debatida, y hubo movimientos sociales que se reunían para tal fin. Muchos médicos se opusieron a esta iniciativa. Sin embargo, en 1933, cuando los nazis asumieron el poder, un rápido y significativo giro político afectó a todos los sectores de la sociedad. Las asociaciones médicas y grupos de profesionales de la salud, que una vez se habían opuesto al aborto, ahora comenzaban a compartir la visión nazi que lo apoyaba por motivos raciales. Las políticas nazis de aborto, basadas en principios de higiene racial, se sostenían en dos polos: leyes de prohibición y punición del aborto para mujeres alemanas saludables (eugenesia positiva), y aborto legal para alemanas con mala salud, y para quienes no fueran arios (eugenesia negativa).

Las políticas en contra del aborto para las mujeres arias eran de suma importancia para los nazis. Las mujeres alemanas sanas tenían terminantemente prohibido recurrir a abortos, y podían ser condenadas legalmente por hacerlo. La revista oficial de medicina de Baviera declaró al aborto como una forma de traición. El gobierno estableció y promulgó lo que



se conocía como el “ideal de la familia de cuatro”, y las mujeres eran galardonadas con medallas, pues recibían Cruces de Honor de Maternidad Alemana según el número de hijos que tuvieran. El acceso a los métodos anticonceptivos en todas sus formas era controlado estrictamente en el caso de las mujeres arias saludables. Se permitían abortos sólo si la vida de la madre alemana estaba en peligro. Los médicos nazis generalmente aconsejaban que la pareja se casara como solución a un embarazo fuera del matrimonio.

Aunque los abortos eran ilegales para las mujeres alemanas saludables, estaba permitido por ley si se apelaban motivos de higiene racial. La Ley de Esterilización de 1935 legalizó el aborto por razones eugenésicas, permitiendo que los mismos se llevaran a cabo en mujeres que ya estaban destinadas a la esterilización. Además, el Ministerio del Interior alentaba a los médicos del sector público a que solicitaran el aborto (y la esterilización) para sus pacientes, si se trataba de mujeres alemanas “antisociales”.

El plan nazi apuntaba especialmente a las mujeres judías, y a otros tipos “socialmente inferiores”, como por ejemplo las prostitutas. Desde la perspectiva nazi, eran precisamente esas las mismas mujeres que habían “contaminado” la reserva genética aria, y de este modo habían dado continuidad a la vida de individuos y razas que consideraban como “indignos de vivir”. En 1938, un tribunal en Lüneberg promulgó la legalización del aborto para las mujeres judías.

Una vez que comenzó la Segunda Guerra Mundial, las políticas de aborto nazis se radicalizaron aún más. En la primavera de 1942, los nazis lanzaron decretos que prohibían los nacimientos en algunos guetos. El castigo por dar luz a un niño judío era la muerte de la madre, del niño, y, potencialmente de toda la familia. Si el embarazo de una mujer judía era descubierto en un campo de concentración, esta también se veía obligada a someterse a un aborto, dado que por lo general, en cuanto se descubría un embarazo la mujer era asesinada de inmediato.

Las mujeres de Europa del Este, de Polonia, y aquellas que trabajaban de manera forzada en fábricas alemanas, también debieron abortar, con el fin de poder continuar con su labor rápidamente. La política nazi de control de la población enunciaba:

*“Cuando las niñas y las mujeres en los territorios ocupados del Este tienen abortos, en cualquier caso, no hay que oponerse a ello. El Führer cree que debemos autorizar el desarrollo de una floreciente industria de*

*anticonceptivos. No estamos interesados en ver a la población que no es alemana multiplicarse”.*

*“Va a ser incluso necesario abrir instituciones especiales para el aborto, donde capaciten a las parteras y enfermeras para este fin. La población va a practicar el aborto más a gusto si estas instituciones operan de manera competente. Los médicos deben ser capaces de colaborar, en caso de que hubiera alguna duda respecto de que esto fuera una violación a la ética profesional. Los médicos rusos o la Asociación Médica de Rusia no deben ser informados de esta ordenanza, deberán comunicales en cada caso particular que el embarazo se ha de interrumpir por motivos de aflicción social”.*

## **Referencias**

1. Robert. N. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine under the Nazis [Higiene racial: Medicina bajo el nazismo]* (Harvard University Press, 1988).
2. *Deadly Medicine. Creating the Master Race [Medicina mortal: creando la raza superior]*. (USHMM, 2004).

## **Preguntas**

¿Cuál es el papel del médico en la cuestión ética del aborto?

## **Discusión**

La Asociación Médica Mundial exige a los médicos mantener el respeto por la vida humana, sin importar las circunstancias. Este es un punto que presenta complejidades cuando se considera un embarazo. ¿Cuál vida debe ser respetada, si tanto la madre como el feto están en peligro? Las situaciones que contraponen los intereses de la madre y del niño generan un dilema y plantean rápidamente la pregunta acerca de si debería interrumpirse deliberadamente el embarazo.

Los médicos de los prisioneros, en los guetos y en los campos de concentración, consideraban prioritariamente a la vida de la madre, en parte debido a que un niño recién nacido tendría muy bajas probabilidades de sobrevivir en ambientes como esos. Por otra parte, las circunstancias imperantes de alta peligrosidad determinaron que estos médicos actuaran de acuerdo a lo que juzgaban justo en un medio en constante cambio, difícil e incierto. La mayoría de los médicos actuaron en consonancia con sus conciencias personales y profesionales al realizar abortos. Pretendían





salvar las vidas de las mujeres, aun cuando su salud no fuera amenazada por el embarazo en sí, sino en tanto su vida corría peligro si el embarazo era descubierto.

Cabe preguntarse si el hecho de obedecer a la propia conciencia supone una obligación o un mandamiento, aún en tales circunstancias de peligro.

Es preciso tener en cuenta el escenario en el que un médico considera que el aborto es un agravio, independientemente de las circunstancias, mientras que por otro lado es certero que esa mujer y ese bebé morirán si este no se practicara, a menudo bajo condiciones extremadamente brutales.

Este fue el dilema al que se enfrentaron los médicos que se oponían fuertemente al aborto, pero veían que resultaba imperativo practicarlo en los campos. En aquel momento, la conciencia de la Dra. Perl le encomendó que terminara con la vida de los bebés por nacer, con el fin de salvar a sus madres. Sin embargo, años después de haber sobrevivido al Holocausto, su conciencia la atormentaba por todos los embarazos que había interrumpido.

Los médicos deberían, en la medida de lo posible, respetar la diversidad de opiniones con respecto a la vida de un niño no nacido, y actuar de acuerdo a la ley. Al mismo tiempo, deberán obrar de acuerdo a sus convicciones y a su conciencia. Si bien no es inherente al rol del médico el crear políticas o legislar sobre este asunto en cualquier Estado o comunidad, sí es su deber asegurar la protección de sus pacientes, y al mismo tiempo salvaguardar sus propios derechos dentro de la sociedad. Por lo tanto, cuando la ley permita el aborto terapéutico, el procedimiento deberá ser realizado por un médico competente, en los términos en que haya sido autorizado por la autoridad correspondiente.

No caben dudas de que las políticas nazis de permiso y prohibición del aborto, según el origen racial de las mujeres, eran completamente antiéticas. Los médicos que realizaban estos procedimientos, cuyo fin no era terapéutico, actuaron en contra de todo principio ético. No estaban salvaguardando los mejores intereses de sus pacientes, pues en su mayoría se llevaron a cabo procedimientos en mujeres cuya salud no estaba en peligro. Por el contrario, se realizaban abortos simplemente para mantener la política racial nazi establecida en aquel momento.

Hoy en día existe consenso acerca de que si las convicciones de un médico no le permiten indicar, o bien practicar un aborto, podrá derivar

a su paciente, y garantizar la continuidad del tratamiento dejándolo a cargo de un colega calificado.

No hay registro de médicos alemanes se hayan negado a practicar un aborto solicitado por razones eugenésicas. En este contexto, los objetivos sociales y raciales del Estado se sobrepusieron a las necesidades individuales y médicas del paciente. Una vez más, podemos observar cómo la conciencia personal o profesional puede ser influenciada en gran medida por la época, las normas culturales y sociales, y las circunstancias que rodean al sujeto.

## **5. El tratamiento de los pacientes moribundos: negarse a ayudar a los pacientes a morir**

### **Caso de estudio**

El Dr. Elie Cohen, judío nacido en Holanda, fue un médico prisionero en Auschwitz. Durante su encarcelamiento en el campo de concentración fue testigo de cómo miles de prisioneros eran seleccionados para morir en las cámaras de gas. También vio las selecciones que tenían lugar en los bloques médicos. Durante éstas, el médico nazi hacía marchar a los pacientes junto a él, y así elegía, casi siempre caprichosamente, quiénes vivirían y quiénes serían condenados a muerte en las cámaras de gas. La regla básica consistía en que los pacientes que habían sido hospitalizados por más de dos semanas serían condenados a muerte. El Dr. Cohen conocía perfectamente la lógica nazi de asesinar a sus pacientes en las cámaras de gas.

Un día, luego de enterarse que la próxima selección de muerte se acercaba, el Dr. Cohen fue abordado por uno de sus pacientes moribundos, quien ya había estado internado en los bloques médicos por dos semanas. El paciente sabía que estaba destinado a morir, y en consecuencia le preguntó:

*“Cohen, tengo que pedirle un favor muy grande. ¿Podrá encargarse de que me den suficientes narcóticos, como para asegurarse de que ya no esté consciente cuando entre en la cámara de gas?”*

El Dr. Cohen rechazó la petición del paciente, y no le dio ningún medicamento. Más tarde, recordó al respecto:



“¿Por qué no le di ningún narcótico a aquel profesor? Bien, pues claro, es un punto terriblemente doloroso para mí. ¡Porque me daba miedo hacerlo! No quise poner mi propia vida en peligro innecesariamente. Él iba a morir de todos modos. Y entonces yo debía arriesgar... Sí, usted puede hacer su propio razonamiento, créame. No estoy intentando establecer un criterio. Pero, siguiendo el modo en que lo pensé en aquel tiempo: ¿Debía yo arriesgar mi propia vida, por la de alguien que ya había sido condenado, sí, condenado a la muerte, alguien que iba a morir, quien simplemente estaba ya destinado a la cámara de gas? Podría haberlo hecho. Pero no lo hice. No lo hice.”

### Referencias

Elie A. Cohen, *The Abyss. A Confession* [El abismo. Una confesión] (W W Norton & Company, 1973).

### Pregunta

¿Cuál es la posición ética en el trato de pacientes que van a morir?

### Discusión

El caso del Dr. Cohen no es uno normal. Tanto él como su paciente eran prisioneros en el campo de concentración de Auschwitz. En aquellas condiciones sumamente adversas, el Dr. Cohen era el médico que atendía y cuidaba de un paciente moribundo. El hombre moribundo pidió a su médico tratante que aliviase su sufrimiento, y de esta manera hiciera su muerte más sencilla. El paciente, sabiendo que había sido condenado a morir de todos modos, probablemente estaba asustado y angustiado dadas tales circunstancias. El médico estaba en una posición en la que podía ayudar a su paciente, pero al hacerlo, se colocaría él mismo en peligro ante los médicos nazis. ¿Qué curso de acción podría tomar, entonces? ¿Estaba éticamente obligado a aliviar el sufrimiento de su paciente, a pesar del peligro que implicaba? ¿Estaba éticamente obligado a ayudar a un paciente moribundo cuya muerte era inevitable?

¿Cuál es el deber de un médico al tratar pacientes moribundos?

El debate ético en la actualidad suele argumentar que la intervención médica puede ser una elección razonable para el paciente moribundo que desee evitar el sufrimiento insoportable del ocaso de la vida. La asistencia médica no siempre puede curar, o ser de naturaleza curativa, pero sí

puede representar un gran alivio de síntomas emocionales, espirituales o psicológicos.

Diversos valores están implicados en el tratamiento de pacientes moribundos. El objetivo principal del médico debería ser permitir a los pacientes morir con dignidad y de manera confortable. Los problemas éticos a los que remite este discurso son el valor de vida, el principio de autonomía, caridad, y no-maleficencia. El dilema básico reside en cómo encontrar un justo equilibrio entre el carácter sagrado de la vida y el principio de autonomía. Es también necesario decidir dónde estaría dibujada la línea divisoria entre estos valores.

Esta frontera de distinción, sin embargo, es discutible. Estos valores no son absolutos. Resulta razonable asumir que cuando el carácter sagrado de la vida y los deseos del paciente autónomo requieren la prolongación de la vida, suponiendo que este pedido no sea perjudicial para el paciente o para los otros, estos principios deberían ser respetados, incluso si tal decisión resultara estéril para el personal sanitario. Sin embargo, cuando los deseos autónomos del paciente exigen el acortamiento de la vida, y, de este modo, se encuentran en oposición al carácter sagrado de la misma, el estado del paciente se convierte en un factor importante en la toma de decisiones. A menudo es aceptado que si el paciente que muere es competente, entonces el respeto por la autonomía y la dignidad humana puede tomar un estatuto de prioridad por sobre el respeto por el valor de la vida.

Algunos argumentarían que el hecho de que un médico brinde ayuda para morir no estaría éticamente permitido, porque iría en contra del deber tradicional del médico de conservar la vida y no hacer daño. Cuando deben tomarse decisiones respecto del tratamiento de pacientes moribundos, las mismas presentan complejos dilemas éticos. Las directrices de la Asociación Médica Mundial declaran que “los médicos no deberían abandonar a los pacientes moribundos, sino que deberían seguir proporcionando cuidados compasivos o paliativos, incluso cuando la cura ya no sea posible”. Desde luego, estos enunciados requieren que el médico considere sus valores personales, y por ende debería actuar según su propia conciencia.

En un esfuerzo por evitar los conflictos éticos e impulsar un tratamiento apropiado para los pacientes moribundos, muchos defensores de los derechos de los pacientes y de las “muertes dignas” sugieren el uso de testamentos vitales o documentos de voluntades anticipadas. Además,



existen países en los cuales la legislación misma ha asegurado los derechos de los pacientes moribundos que enfrentan los complejos dilemas éticos que se desprenden de estos asuntos.

En el caso que hemos descrito no hay respuestas fáciles. Las circunstancias eran extremas y, bajo estas condiciones, el Doctor Cohen tomó una decisión según lo que él ponderaba como correcto en aquel momento. No sólo la vida de su paciente estaba a punto de terminar de todos modos, sino que además el Dr. Cohen podría haber estado arriesgando su propia vida, si elegía proporcionar la medicación paliativa. En retrospectiva, el Dr. Cohen se ha angustiado por su elección, tanto en Auschwitz como luego a lo largo de su vida.

## 6. Decir la verdad

### Caso de estudio 1

El doctor Albert Haas, profesional judío de descendencia húngara y francesa, fue reclutado por la resistencia francesa. Tras ser denunciado, fue capturado por los alemanes, quienes lo torturaron y luego lo enviaron a Dachau. Luego, el doctor Haas fue enviado al campo de concentración Gusenn II, el que fue parte del complejo campo de concentración Mauthausen, cerca de Linz, Austria. El doctor Haas escribiría más tarde al respecto: *“y así empezó mi carrera profesional como médico de los condenados en Gusen II.”*

Fue designado como jefe médico en el hospital del campo de concentración por el SS Dr. Fetter. Allí, debía presentarle a este último una lista de los internos y sus números, para cuando llegase el día de “selección”. El doctor de la SS luego revisaría a los pacientes, para seleccionar a los que serían destinados a la cámara de gas. Si el prisionero era capaz de pasar su puño entre sus muslos, eso significaba que estaba lo suficientemente demacrado, y por ende era catalogado como “apto para la cámara de la gas”. Los internos seleccionados eran trasladados, y jamás volverían.

El doctor Haas describe que los doctores judíos y sus equipos sabían que mataban a estos pacientes, pero no podían precisar cómo. Con el fin de salvar sus vidas, tomó la decisión de mentirles y decirles que por su propio bien tendrían que ser dados de alta del hospital. Escribe:

*“Me negué a jugar un papel en la selección de internos convalecientes. Pronto me di cuenta de que podía ser un poco más activo en mi lucha*

*para salvar vidas, o por lo menos retrasar la muerte. Cuando sabía que estaba prevista una selección, daba de alta a los internos que sentía que estaban lo suficientemente fuertes como para sobrevivir los próximos días en el campo. Los readmitiría tan pronto como la selección hubiera terminado.*

*El problema era que muchos de estos internados rechazaban el alta. Estaban convencidos que yo los estaba enviando a una muerte segura por inanición o por amenaza física. No me creían. Muchas selecciones se llevaron a internos que rechazaron mi ayuda”.*

### **Referencia**

Albert Haas, *The Doctor and the Damned [El médico y los condenados]* (St. Martin's Press, 1984).

## **Caso de estudio 2**

El Dr. Gottfried Bloch era un joven médico, casi recibido, cuando fue enviado a Auschwitz. Trabajó con otros prisioneros en el campo de concentración de familias checas. Tanto él como los demás internos habían escuchado descripciones de las matanzas en las cámaras de gas, y habían visto el humo que salía de los crematorios. Luego, escribió sobre su experiencia como médico del campo de concentración:

*“Sin embargo, incluso en el hospital, donde tuvimos más contacto con los otros sectores del campo que la mayoría de la gente, habíamos logrado desplazar fuera de nuestra realidad lo que estaba sucediendo. Cada vez que alguna terrible confirmación del proceso de aniquilación debía ser enfrentada, me sentía abrumado por una profunda desesperación, y debía sostenerme en algo para negar la verdad. A menudo di palabras de aliento a mis pacientes, hasta que me sorprendí a mí mismo casi creyendo en ellas. Por supuesto, sabía lo que estaba pasando... ¿Tenía el deber de informarles? ¿Cómo podría ayudar? ... Oculté la verdad a mis pacientes y al personal del hospital, pero no pude disimular mi profunda angustia.”*

### **Referencia**

Gottfried R. Bloch, *Unfree Associations. A Psychoanalyst Recollects the Holocaust [Asociaciones no libres. Un psicoanalista analiza el Holocausto]* (Red Hen Press, 1999).



## Pregunta

¿Debería un médico decir siempre la verdad a sus pacientes?

## Discusión

Esta pregunta parece simple, pero en realidad entraña una cuestión compleja. No decir la verdad puede tomar muchas formas, tiene muchos propósitos, y conduce a muchas consecuencias diferentes.

Cuestiones sobre lo verdadero y lo falso impregnan toda la comunicación humana. Surgen en muchos contextos y situaciones diferentes: en la familia, clubes, lugares de trabajo, en políticas, relaciones internacionales, organizaciones religiosas, y ciertamente en la relación médico/paciente. En cada contexto, tanto las preguntas como los factores clave sobre el tema se pueden percibir y configurar de forma diferente.

Decir la verdad en el contexto clínico requiere de compasión, inteligencia, sensibilidad, y tener un *timing* apropiado. En algunos casos, el daño causado por no decir la verdad puede ser menor que siendo totalmente honesto.

Si hay razones para no decir la verdad, ¿cuáles son? ¿Cuándo podría justificarse la revelación de información incompleta, y bajo qué circunstancia?, ¿Qué excepciones, si las hay, existen para la regla que repudia la mentira?

Mentir en un contexto clínico es incorrecto por muchas razones, aunque la revelación parcial de cierta información pueda ser moralmente justificable. Si, por ejemplo, un paciente está deprimido, irracional y suicida, entonces se requiere precaución para que la revelación completa de información no contribuya a agravar el daño. Si un paciente presenta una actitud demasiado pesimista, la revelación de posibilidades negativas puede realmente contribuir actualizar estas mismas posibilidades. Este punto podría también argumentarse en los casos anteriores, aunque por supuesto la situación era más extrema. Es probable que algunos pacientes en los campos se hayan beneficiado por no saber toda la verdad. No obstante, otros pueden haber sido dañados no intencionalmente. Aun en lugares como Auschwitz, cada persona, circunstancia y situación, podría ser diferente dependiendo de una multitud de factores cambiantes. Decir la verdad no es sólo una obligación ética, sino que también tiene que estar integrada en la relación médico-paciente, tanto como lo que hace al juicio clínico. El hecho de decir la verdad tiene que estar relacionado con la autonomía del paciente, la beneficencia, la justicia, así como con la protección de los demás.

Ciertas culturas tradicionales no ven al paciente como una entidad autónoma con derechos inviolables, sino como parte de una unidad de familia extendida. Miembros de la familia, en lugar del paciente, reciben información médica, especialmente información terrible, como un diagnóstico fatal. La ética y las prácticas médicas requieren respeto por prácticas culturales y por las preferencias personales, cuestiones que difieren de un paciente a otro.

En los casos anteriores, la decisión tomada por los doctores de los campos de concentración estaba alineada con lo que ellos consideraban como moralmente correcto bajo circunstancias extremas.

En ese entorno, los pacientes, probablemente en un cierto grado, se beneficiaron de no saber toda la verdad. También es altamente probable, basados al menos en el contexto cotidiano en Auschwitz, que muchos pacientes supieran lo que las selecciones en verdad implicaban. Sin embargo, en tales circunstancias, las “palabras de aliento” del doctor Bloch eran actos de compasión.

También es probable que cada persona que se encontraba camino a su muerte hubiera podido reaccionar de forma diferente, si sabía que ese era su destino. Es decir, si los pacientes hubieran sabido que “quedarse en el hospital” aumentaba sus probabilidades de pasar por una selección de muerte, ¿se hubieran quedado? Y si supieran, ¿podrían haberse preparado mejor para las “caminatas de la muerte”?

Cada persona, a pesar de los diferentes contextos, en última instancia se relaciona con la enfermedad y la muerte de forma única. Si eliminamos el decir la verdad de la ecuación, ¿no eliminamos también la capacidad del individuo de hacer frente a su propia muerte?

## **7. “Elecciones sin elección” en Medicina**

### **Caso de estudio**

El Dr. Maximillian Samuel, nacido en Colonia en 1880, fue un ginecólogo practicante hasta la Primera Guerra Mundial. Durante la guerra, sirvió como médico clínico y fue condecorado por su valor. Con el advenimiento de las políticas de los nazis, las cuales discriminaban a todos los médicos judíos, su licencia profesional fue revocada, y se vio





obligado a interrumpir su práctica. En julio de 1938 fue arrestado por la Gestapo, pero logró escapar y huir a Bélgica con su familia. Sin embargo, en agosto de 1943 fue capturado y deportado a Auschwitz, junto con su esposa e hija. Mientras su esposa fue enviada a las cámaras de gas inmediatamente, el Dr. Samuel y su hija sobrevivieron a la selección inicial, y fueron enviados a trabajar a una de las fábricas de Auschwitz. Luego, el Dr. Samuel fue transferido al bloque 10 de Auschwitz I, donde se necesitaba su experiencia ginecológica para los experimentos que se realizaban en las mujeres prisioneras, los cuales incluían la extracción de los órganos reproductivos. A partir de los testimonios de sobrevivientes, el Dr. Samuel es reconocido por haber saboteado algunos de estos procedimientos en los que no extrajo los órganos reales, aunque aparentó haberlo hecho. Algunas de las víctimas fueron capaces de tener hijos después de la guerra, y testificaron que él fue su salvador. Otros reclusos, sin embargo, recuerdan que al parecer colaboró voluntariamente con los nazis en la realización de estos experimentos. El Dr. Samuel también había sido descrito como un hombre sumido en la desesperación, o en “una mala condición mental”, que temía por la vida de su hija si no cooperaba con los médicos nazis.

En octubre de 1943 el Dr. Samuel fue enviado a la muerte en las cámaras de gas de Birkenau. Existen diferentes opiniones respecto de por qué ocurrió esto. Una de ellas es que fue condenado a causa de su sabotaje; otro punto de vista es que él “sabía demasiado” en relación a los experimentos; una tercera opinión es que estaba “deteriorado” y ya no podía seguir adelante con su trabajo.

### Referencias

1. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide* [Los médicos nazis: homicidios médicos y psicología del Genocidio] (Basic Books, 2000).
2. Susan Benedict and Ruth Jolanda Weinberger, *Medical Personnel in Auschwitz*. [Personal médico en Auschwitz] Medizinische Experimente in Nationalsozialistischen Konzentrationslagern. Ludwig Boltzmann-Institut für Historische Sozialwissenschaft (Vienna, 2008).
3. Daniel S. Nadav, *Medicine and Nazism* [Medicina y nazismo] (The Hebrew University Magnes Press, 2009).



## Discusión

El caso anterior casi habla por sí mismo. Este médico en particular se encontró en un tiempo y en un lugar que le exigió tomar ciertas decisiones cruciales, que iban a influir en su propia vida personal y profesional. Estas decisiones afectarían su vida, la de su hija y la de los pacientes que debía operar.

Una lección importante que deja el Holocausto, así como la vida en general, es que las personas, independientemente de sus posicionamientos, no siempre toman las mismas decisiones en todas las circunstancias. Como seres humanos, no siempre somos coherentes en nuestras decisiones éticas y en nuestro modo de conducirnos en general. Durante el Holocausto, la inconsistencia humana a menudo se veía exacerbada por la condición física de una persona, por el contexto inmediato de la vida en una prisión, en un gueto, o en la clandestinidad, así como por la forma en que la toma de decisiones podía influir en la propia supervivencia, así como en la de los seres queridos. Literalmente, y a menudo todos los días, las decisiones de una persona podían ser entre la vida y la muerte, para él o para terceros.

Debido a que el Dr. Samuel fue enviado a la cámara de gas, no podemos comprender plenamente lo que lo motivó en su toma de decisiones. No obstante, a partir de los testimonios de compañeros de prisión, médicos, pacientes (víctimas de los experimentos) y otros, podremos, con humildad y sin ánimos de juzgar, hacer algunas preguntas necesarias:

- ¿Era un colaborador?
  - ¿Abusaba de su condición de médico?
  - ¿Podría haber tomado otras decisiones?
  - ¿Obedeció con el fin de salvar la vida de su hija?
  - ¿Tomó esas decisiones con el fin de sabotear los experimentos nazis?
  - ¿Es posible tomar decisiones éticamente válidas en tales circunstancias?

En el caso del Dr. Samuel, si se hubiera negado a obedecer desde un principio, el resultado final habría sido el mismo para él —la muerte en la cámara de gas. Sin embargo, al salvar la fertilidad de algunos prisioneros, logró hacer un bien que probablemente no hubiera ocurrido con otros médicos de prisioneros.



No es casualidad que diferentes personas lo recuerden de diversos modos. El personal compuesto por los médicos de prisioneros, quienes fueron testigos de su conducta profesional, percibían en él un abuso en relación a sus valores éticos profesionales, dado que acataba la orden pronunciada por los nazis de realizar estas operaciones. Por otro lado, las mujeres cuyas vidas y futura capacidad reproductiva fueron salvaguardadas lo consideraban un buen hombre y un médico que se desempeñó éticamente.



# Apéndices

## 1. Código de Nuremberg de 1947

Tribunal Internacional de Núremberg, 1947

Experimentos médicos permitidos

Son abrumadoras las pruebas que demuestran que algunos tipos de experimentos médicos en seres humanos, cuando se mantienen dentro de límites bien definidos, satisfacen -generalmente la ética de la profesión médica. Los protagonistas de la práctica de experimentos en humanos justifican sus puntos de vista basándose en que tales experimentos dan resultados provechosos para la sociedad, que no pueden ser procurados mediante otros métodos de estudio. Todos están de acuerdo, sin embargo, en que deben conservarse ciertos principios básicos para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales:

1) El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento; que debe estar en una situación tal que pueda ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o coactivo; y que debe tener el suficiente conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que pueda tomar una decisión consciente. Esto último requiere que antes de aceptar una decisión afirmativa del sujeto que va a ser sometido al experimento hay que explicarle la naturaleza, duración y propósito del mismo, el método y las formas mediante las cuales se llevará a cabo, todos los inconvenientes y riesgos que pueden presentarse, y los efectos sobre su salud o persona que puedan derivarse de su participación en el experimento. El deber y la responsabilidad de determinar la calidad del consentimiento recaen en la persona que inicia, dirige, o implica a otro en el experimento. Es un deber personal y una responsabilidad que no puede ser delegada con impunidad a otra persona.

2) El experimento debe realizarse con la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad que no sean asequibles mediante otros métodos o medios de estudio, y no debe ser de naturaleza



aleatoria o innecesaria.

3) El experimento debe diseñarse y basarse en los resultados obtenidos mediante la experimentación previa con animales y el pleno conocimiento de la historia natural de la enfermedad o del problema en estudio, de modo que los resultados anticipados justifiquen la realización del experimento.

4) El experimento debe ser conducido de manera tal que evite todo sufrimiento o daño innecesario físico o mental.

5) No debe realizarse experimento alguno cuando hay una razón a priori para suponer que puede ocurrir la muerte o una lesión irreparable; excepto, quizá, en los experimentos en los que los médicos investigadores son también sujetos de experimentación.

6) El riesgo tomado no debe exceder nunca el determinado por la importancia humanitaria del problema que ha de resolver el experimento.

7) Se deben tomar las precauciones adecuadas y disponer de las instalaciones óptimas para proteger al sujeto implicado de las posibilidades incluso remotas de lesión, incapacidad o muerte.

8) El experimento debe ser conducido únicamente por personas científicamente calificadas. En todas las fases del experimento se requiere la máxima precaución y capacidad técnica de los que lo dirigen o toman parte en el mismo.

9) Durante el curso del experimento el sujeto humano deber tener la libertad de poder finalizarlo si llega a un estado físico o mental en el que la continuación del experimento le parece imposible.

10) En cualquier momento durante el curso del experimento el científico que lo realiza debe estar preparado para interrumpirlo si tiene razones para creer -en el ejercicio de su buena fe, habilidad técnica y juicio cuidadoso- que la continuación del experimento puede provocar lesión incapacidad o muerte al sujeto en experimentación.

(Traducción adaptada de Mainetti, J.A. (1989), *Ética médica*, Quirón, La Plata, Argentina.)

## **2. Ministerio de Prusia, Directiva de Asuntos Médicos, religiosos y educativos, 1900**

Deseo señalar a los directores de las clínicas, policlínicas y establecimientos similares que las intervenciones médicas para fines de diagnóstico, terapia e inmunización están absolutamente prohibidas, a pesar de que se cumplan todos los demás requisitos legales y éticos para realizar este tipo de intervenciones, si:

- 1) La persona es menor de edad o no es plenamente competente por otros motivos.
- 2) La persona en cuestión no ha declarado inequívocamente que consiente a la intervención.
- 3) La declaración no se ha hecho sobre la base de una explicación adecuada de las consecuencias negativas que pueden derivarse de la intervención.

Además, prescribo que:

I. Las intervenciones de esta naturaleza sólo podrán ser realizadas por el propio director de la institución o con su autorización especial.

II. En todas las intervenciones de esta naturaleza, debe hacerse una entrada en el libro de casos y la historia clínica, que certifique que se han cumplido los requisitos establecidos en los artículos 1-3 de la Sección I y del artículo 1 de la Sección II, especificando los detalles del caso.

III. La presente Directiva no se aplicará a las intervenciones médicas destinadas de las prácticas de diagnóstico, terapia o inmunización.



### **3. La Circular de Salud del Reich: Reglamento sobre la nueva terapia y Experimentación Humana de 1931**

1. Con el fin de que la ciencia médica pueda seguir avanzando, el inicio de estudios terapéuticos involucren medios y procedimientos nuevos y aún no probadas suficientemente, no se puede evitar. Del mismo modo, la experimentación científica en seres humanos no puede ser completamente excluida como tal, ya que esto podría dificultar o incluso impedir el progreso en el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades. La libertad que se concede al médico en consecuencia, deberá sopesarse con su deber especial para permanecer al tanto en todo momento de su responsabilidad principal de la vida y la salud de cualquier persona de la que se compromete terapia innovadora o realizar un experimento.

2. La “terapia innovadora” implica métodos de intervención y tratamiento que involucran seres humanos y sirven a un propósito terapéutico.

3. La “experimentación científica” implica intervenciones y métodos de tratamiento que involucran seres humanos y se llevan a cabo con fines de investigación, sin servir a un propósito terapéutico.

4. Cualquier terapia innovadora debe estar justificada y realizada de conformidad con los principios de la ética médica y las normas de la práctica y la teoría médica. En todos los casos, la Pregunta sobre si los efectos adversos que pueden ocurrir son proporcionales a los beneficios que se espera, será examinada y evaluada. La terapia innovadora solo puede llevarse a cabo si ha sido probada con antelación en los ensayos con animales (cuando estos sean posibles).

5. La terapia innovadora sólo puede llevarse a cabo después de que la persona o su representante legal ha dado su consentimiento de forma inequívoca con el procedimiento, a la luz de la información pertinente proporcionada por adelantado. Si se deniega el consentimiento, la terapia innovadora puede iniciarse sólo si constituye un procedimiento de urgencia para preservar la vida o evitar daños graves para la salud y el consentimiento previo no pudo obtenerse bajo otras circunstancias.

6. La Pregunta sobre si se debe utilizar la terapia innovadora debe examinarse con especial cuidado en casos en que el sujeto sea un niño o una persona menor de 18 años de edad.

7. La explotación de las dificultades sociales con el fin de llevar a cabo la terapia innovadora es incompatible con los principios de la ética médica.

8. Se ejercerá precaución extrema en relación con el tratamiento innovador, incluyendo los microorganismos vivos.

9. En las clínicas, policlínicos, hospitales u otros establecimientos de tratamiento y atención, la terapia innovadora se puede llevar a cabo únicamente por el médico a cargo o por otro médico que actúe de acuerdo con sus instrucciones expresas, y sin perjuicio de su completa responsabilidad.

10. Para cualquier terapia innovadora se deberá realizar un informe, indicando la finalidad del procedimiento, la justificación para ello, y la manera en que se lleva a cabo. En particular, el informe deberá incluir la Declaración de que se ha proporcionado previamente la información relevante al sujeto o a su representante legal, y éste ha dado su consentimiento. Cuando el tratamiento se ha llevado a cabo sin el consentimiento, en las condiciones mencionadas en el segundo párrafo del Artículo 5, la declaración deberá facilitar todos los detalles de estas condiciones.

11. Los resultados de cualquier estudio innovador pueden ser publicados sólo si se han respetado plenamente la dignidad del paciente y las directrices humanitarias.

12. Los puntos 4-11 de estas directrices han de ser aplicables, *mutatis mutandis*, a la experimentación científica (véase el Punto 3)

El siguiente requisito adicional se aplicará a este tipo de experimentación:

a) La experimentación estará prohibida en todos los casos en los que no se ha dado su consentimiento;

b) La experimentación con seres humanos se evitará si puede ser sustituido por los estudios en animales.

c) la experimentación en niños o jóvenes menores de 18 años de edad deberá estar prohibida si de alguna manera pone en peligro el niño o joven;

d) La experimentación que involucre sujetos moribundos es incompatible con los principios de la ética médica y estará prohibida.

13. Los médicos y los responsables de los establecimientos hospitalarios no deben negar la responsabilidad por la búsqueda de la posibilidad de nuevas formas de proteger o tratar a los pacientes de aliviar su sufrimiento, cuando están convencidos de que los métodos conocidos son propensos a fallar.





14. Los cursos de formación académica deben aprovechar todas las oportunidades adecuadas para subrayar las responsabilidades del médico en la realización de una nueva forma de terapia o un experimento científico, así como a la hora de publicar sus resultados.

## 4. Declaración de Helsinki

Adoptada por la  
18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964  
y enmendada por la  
29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975  
35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983  
41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989  
48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996  
52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000  
Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la  
AMM, Washington 2002  
Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la  
AMM, Tokio 2004  
59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008  
64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013

### **Introducción**

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.

2. Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

### **Principios generales**

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: “El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica”.

4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación



médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

13. Los grupos que están subrepresentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

14. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

15. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

### **Riesgos, Costos y Beneficios**

16. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.

La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.

17. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga.

Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.

18. Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria.

Cuando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continúan, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.



## **Grupos y personas vulnerables**

19. Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional.

Todos los grupos y personas vulnerables deben recibir protección específica.

20. La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

## **Requisitos científicos y protocolos de investigación**

21. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación.

El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación.

En los ensayos clínicos, el protocolo también debe describir los arreglos apropiados para las estipulaciones después del ensayo.

## **Comités de ética de investigación**

23. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser trans-



parente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Después que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

### **Privacidad y confidencialidad**

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

### **Consentimiento informado**

25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada participante potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. El participante potencial debe ser informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.



Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestado formalmente.

Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

27. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el participante potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

28. Cuando el participante potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud del grupo representado por el participante potencial y esta investigación no puede realizarse en personas capaces de dar su consentimiento informado y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

29. Si un participante potencial que toma parte en la investigación considerado incapaz de dar su consentimiento informado es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del participante potencial debe ser respetado.

30. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria del grupo investigado. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en

el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

32. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, como la investigación sobre material o datos contenidos en biobancos o depósitos similares, el médico debe pedir el consentimiento informado para la recolección, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones excepcionales en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

### **Uso del placebo**

33. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con las mejores intervenciones probadas, excepto en las siguientes circunstancias:

Cuando no existe una intervención probada, el uso de un placebo, o ninguna intervención, es aceptable; o

cuando por razones metodológicas científicamente sólidas y convincentes, sea necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención el uso de cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el uso de un placebo o ninguna intervención.

Los pacientes que reciben cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el placebo o ninguna intervención, no correrán riesgos adicionales de daño grave o irreversible como consecuencia de no recibir la mejor intervención probada.

Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción.

### **Estipulaciones post ensayo**

34. Antes del ensayo clínico, los auspiciadores, investigadores y los gobiernos de los países anfitriones deben prever el acceso post ensayo a todos los participantes que todavía necesitan una intervención que ha





sido identificada como beneficiosa en el ensayo. Esta información también se debe proporcionar a los participantes durante el proceso del consentimiento informado.

### **Inscripción y publicación de la investigación y difusión de resultados**

35. Todo estudio de investigación con seres humanos debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

36. Los investigadores, autores, auspiciadores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación y difusión de los resultados de su investigación. Los investigadores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Todas las partes deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

### **Intervenciones no probadas en la práctica clínica**

37. Cuando en la atención de un enfermo las intervenciones probadas no existen u otras intervenciones conocidas han resultado ineficaces, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal autorizado, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Tales intervenciones deben ser investigadas posteriormente a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición del público.

*\*Los párrafos 26, 27, 28 y 29 han sido revisados editorialmente por el Secretariado de la AMM el 5 de mayo de 2015.*

Versión en español extractada de: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>





