

**COMISIÓN PRESIDENCIAL PARA EL ESCLARECIMIENTO DE LOS
EXPERIMENTOS EN HUMANOS EN GUATEMALA 1946-48**

COMISIÓN TÉCNICA

**EXPERIMENTOS EN SERES HUMANOS
EL CASO GUATEMALA 1946- 48**

Abril, 2011

GUATEMALA

PRESENTACIÓN.

El presente documento se construyó con las contribuciones de las siguientes personas: La coordinación general, co-diseño de la investigación, la descripción de los hechos, el contexto histórico, político y social del país en la época, las conclusiones y la introducción estuvieron a cargo del Dr. Jorge Solares; en el diseño del proceso, la planificación y coordinación académica, el Dr. Rubén González; contribuciones en bioética por la Dra. Iris Cazali, el Dr. Carlos Mejía (del Colegio de Médicos y Cirujano de Guatemala) y por la comisión de Bioética del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La sección 2 (Fijando una postura: La Bioética), se incluye con la autorización del doctor José García Noval quien no formó parte de la Comisión Técnica pero proporcionó su documento elaborado en octubre de 2010 para plantear preguntas y problemas previsibles en una investigación desde la perspectiva bioética. Los aspectos históricos - institucionales y de Salud Pública fueron desarrollados por el Dr. Gustavo Estrada Galindo y el Dr. Enrique Gordillo Castillo; el análisis de la metodología de los experimentos y la perspectiva epidemiológica fueron desarrolladas por el Dr. Joaquín Barnoya y la Dra. Judith García. El Dr. Fredy Ochaeta, quien tampoco estuvo dentro de la Comisión Técnica, cooperó con la sección sobre Derecho Internacional.

En la revisión de insumos y aportes a los contenidos participaron los doctores: Guillermo Echeverría, Viceministro Administrativo de Salud, el Dr. Mario Figueroa, Coordinador del Comité Nacional de Ética en Salud (MSPAS), el Dr. Oscar Cobar, delegado del CONCYT y el Sr. Gustavo Meoño, Director del Archivo Histórico de la Policía Nacional.

El Archivo de la Paz, el Archivo General de Centro América y el Archivo Histórico de la Policía Nacional sistematizaron y proveyeron información de los archivos de John Cutler enviados por los Estados Unidos de Norteamérica.

El Ministerio de la Defensa, proporcionó los servicios de traducción de los documentos enviados por el Gobierno de Estados Unidos y del de la Dra. Susan Reverby, Thomas Frieden y Francis Collins, del CDC y otros pertinentes.

La Procuraduría General de la Nación aportó un valioso análisis jurídico y el Ministerio de Gobernación apropiadas observaciones al documento. Asimismo, aporte del economista José Molina Calderón, ex asesor del Ministerio de Finanzas y participante en informes presidenciales.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	2
ÍNDICE	3
1 INTRODUCCIÓN	6
2 LOS HECHOS	9
2.1 Las enfermedades	13
2.2 Centro y periferia	15
2.3 En el nombre de la ciencia	18
2.3.1 Estudios de sífilis	21
2.3.2 Estudios de gonorrea	22
2.3.3 Estudios de chancroide	23
2.3.4 Estudios serológicos	23
2.4 Justificaciones y argumentos	25
2.5 Daños en el alma: una perspectiva antropológica	29
3 EVALUACIÓN DEL EXPERIMENTO	
3.1 ¿Tuvo algún valor científico? Consideraciones metodológicas	31
3.2 Estudios experimentales: gonorrea y sífilis	
3.2.1 Estudios experimentales de gonorrea	31
3.2.2 Estudios de sífilis	34
3.2.3 Procedimientos experimentales	37
3.2.4 Técnicas de estudio	41
3.2.5 Efectos adversos	42
3.2.6 Financiamiento y presupuesto	43
3.2.7 ¿Valor científico?	44

4	CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO	
4.1	Algunas interrogantes	45
4.2	Precedentes históricos de la Revolución de Octubre de 1944	46
4.3	La Revolución de Octubre durante el Gobierno de Arévalo	51
4.4	El ideario de la Revolución en escritos de Arévalo	54
4.4.1	Su visión socio antropológica de Guatemala	55
4.4.2	Su posición nacionalista	55
4.4.3	Su visión de las izquierdas y las derechas	57
4.4.4	Infraestructura de salud y protección social	58
4.4.5	Políticas en el campo de la salud	58
4.4.6	Programa con expertos extranjeros	59
4.5	Argumentos para un análisis político	60
5	CONTEXTO DE LA SALUD	
5.1	Influencias internacionales	63
5.2	Apuntes del contexto demográfico, económico y epidemiológico	65
5.3	Marco legal de la salud vigente en la época	68
6	LA AUTORIDAD SANITARIA	
6.1	Fundación y organización	72
6.2	Actores y responsabilidades	73
7	EL MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL	80
8	FIJANDO UNA POSTURA: LA BIOÉTICA	82
8.1	La responsabilidad fundamental	84
8.2	Otras responsabilidades	86
8.3	Sobre los orígenes del mal: de la ambición a la ideología o la ideología de la ambición	91

9	CONCLUSIONES	
9.1	Responsables	92
9.2	Contexto político internacional	93
9.3	Contexto sociopolítico nacional	94
9.4	Discriminación y racismo	95
9.5	Derecho y ética	
9.5.1	Bases jurídicas	95
9.6	Perspectiva bioética	96
10	RECOMENDACIONES	98
11	BIBLIOGRAFÍA	99
12	APÉNDICES	
	UNO: PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN	103
	DOS: COMITÉ NACIONAL DE ÉTICA EN SALUD	113

1. INTRODUCCIÓN

El 3 de octubre de 2010, resonó en la prensa nacional e internacional una impactante noticia: el hallazgo de la Dra. Susan Reverby (Wellesley College, Estados Unidos) sobre experimentos médicos en personas de condición humilde en Guatemala durante el período 1946-1948, dirigidos y realizados por profesionales de la salud de Estados Unidos con asistencia de guatemaltecos. Dichos experimentos consistieron en infectar y experimentar deliberada, subrepticia e inconsultamente con sífilis, gonorrea y chancroide a cientos de personas de estratos desvalorizados y carentes de autonomía en Guatemala: soldados, prisioneros, enfermos mentales y sexoservidoras. Niños huérfanos del Hospicio nacional y niños escolares en el Puerto de San José también fueron parte del estudio. Un objetivo de los médicos estadounidenses era comprobar experimentalmente el modelo de transmisión humana de esas enfermedades venéreas y la eficacia de la recién descubierta penicilina para su tratamiento y profilaxis. Expresamente se manifestó que un beneficiario serían las tropas del Ejército de los Estados Unidos en ultramar. La noticia determinó que el Gobierno de los Estados Unidos, por medio de su Presidente Barack Obama, ofreciera una disculpa pública al de Guatemala en octubre de 2010 y posteriormente le entregara los archivos del Dr. Cutler sobre el experimento.

El estudio de la Dra. Reverby elaborado sobre la base de los documentos originales de la experimentación, proporcionaba una panorámica bastante completa, razón por la que ha constituido una base muy útil para la Comisión Técnica, sobre todo antes del recibo y digitalización de los archivos del Dr. Cutler. Sin embargo, obviamente se necesitaba la perspectiva desde la nación guatemalteca: un análisis del contexto socio - histórico nacional y su relación con Estados Unidos, el criterio de instituciones jurídicas nacionales y una perspectiva internacional, la situación institucional de la salud en Guatemala y la discusión ética y bioética.

Si bien se causaron daños biomédicos y psicológicos, existen otras dimensiones como las sociales cuyos estragos no surgen espontáneamente con las noticias reveladas y que en aras de la justicia humana y la dignidad nacional, requieren una indagación profunda para comprender integralmente el problema. ¿Qué fue lo que pasó, por qué, cuáles fueron los mecanismos sociales que permitieron tal vulneración y que permaneciera oculta por más de sesenta años? ¿Puede volver a ocurrir en la actualidad? Las respuestas son una tarea impostergable y necesaria para el Estado guatemalteco a efecto de tomar decisiones que permitan no sólo reparar el daño sino prevenirlo.

De ahí que el Gobierno guatemalteco nombrara una Comisión Presidencial dirigida por el Vicepresidente de la República e integrada por la Procuraduría General de la Nación y los

Ministros de Relaciones Exteriores, de Gobernación, de la Defensa Nacional y de Salud Pública y Asistencia Social. Como Invitados especiales, la Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH), el Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala (INACIF), la Comisión Presidencial Coordinadora de la Política del Ejecutivo en Materia de Derechos Humanos (COPREDEH), el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala y otras instituciones que se consideraren pertinentes como el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONCYT). Como objetivo estuvo “investigar y esclarecer sobre la base de la dignidad humana y ética, los hechos históricos, científicos, políticos y sociales por los que científicos de los Estados Unidos de América, durante los años de 1946 a 1948, practicaron experimentos con personas en Guatemala, afectándoles en su salud, contagiándoles intencionalmente con enfermedades de transmisión sexual, entre otras, sífilis, gonorrea y chancroide”. Ello implicó posicionar el país ante lo acontecido y orientar acciones futuras en materia de reparación y no repetición de estos hechos.

Para efectuar la investigación pertinente, el Vicepresidente nombró el 25 de octubre de 2010, a un Secretario Ejecutivo para integrar una Comisión Técnica que, desde una perspectiva nacional e integración multidisciplinaria, proporcionara al Estado la información fundamental desde diferentes perspectivas teniendo como propósito primordial la búsqueda de la dignificación nacional por medio del esclarecimiento de la verdad en estos experimentos. Establecer qué derechos humanos fueron conculcados en el contexto de dicha época. Poder determinar si las acciones en ambos países constituyeron o no, política de gobierno

Esta Comisión quedó conformada con profesionales de la bioética, metodología científica, salud pública, antropología social, historia y ciencias jurídicas, y principió presentando un proyecto original que fue aprobado por la Comisión Presidencial y articulado dentro de protocolos del PNUD, la instancia financiadora. A la Comisión Técnica se sumó un grupo multiinstitucional en salud de análisis y propuesta, conformado por el Vice Ministro Administrativo de Salud, el representante del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, el coordinador de la Comisión Nacional de Ética en Salud, el Presidente del Colegio de Médicos, la Presidenta del Tribunal de Honor del Colegio de Médicos y una experta del Centro Nacional de Epidemiología. Se estipuló reserva de confidencialidad hasta el final.

El proceso fue diseñado en varias etapas, las cuales principiaban con un diagnóstico inicial y el análisis de la información, y a partir de esto, la profundización de los hechos, incluyendo el esclarecimiento de los impactos en los ámbitos individual, institucional y nacional y el desarrollo de propuestas para la reparación y la no repetición.

Con recursos y plazo restringidos (febrero - abril, 2011), se realizó la etapa que culmina con este documento y que consistió en la identificación, recopilación, sistematización,

interpretación y análisis de la información disponible, y con esto la integración en un documento comprensivo que sentara las bases para futuros desarrollos.

Este documento incluye análisis bioético en el cual la sección intitulada “Fijando una postura: la Bioética” fue escrita por su autor -que no formó parte de la Comisión Técnica- en el mes de octubre de 2010 y aceptó que dicho trabajo resumido fuese incluido en este informe, con el objetivo de proponer preguntas y algunas orientaciones para las investigaciones que pudieran surgir sobre el tema. Otros aportes desde la perspectiva bioética fueron proporcionados por el Colegio de Médicos y Cirujanos y el Ministerio de Salud Pública). Los hechos se describen con base principalmente en información secundaria, fuentes de Estados Unidos como el de la Dra. Susan Reverby, del CDC y de los Drs. Frieden y Collins, por no contar en esa etapa, por lo tanto inicial, con toda la información sobre los archivos de Cutler en proceso de conservación y el plazo insuficiente para trabajar sobre dicha fuente. En otra parte se analiza el experimento desde su metodología abordando las interrogantes sobre su utilidad científica. A partir de los hechos, se hace un análisis del contexto sociopolítico, histórico, institucional y legal de la nación guatemalteca en ese entonces. Otro análisis sobre la autoridad sanitaria nacional y sus instituciones incluyendo apreciaciones sobre los actores y sus responsabilidades en los experimentos humanos.

Al ser este documento una etapa inicial, aún queda la indagación de los impactos familiares e individuales en el ámbito ético, de derechos humanos, sociales y culturales, además de las relaciones entre los individuos del experimento, más detalles sobre las instituciones nacionales y extranjeras involucradas y la sociedad en su conjunto así como las circunstancias que rodeaban a los actores nacionales. También queda pendiente inquirir sobre los posibles efectos en las familias de los sujetos afectados para posibles procesos de reparación.

De lo que ha sido un complejo trabajo de especialistas, se presenta a continuación la síntesis elaborada con insumos por ellos generados y sometidos a análisis colectivo, mediante actividades académicas. La postulación inicial se identifica con los resultados del trabajo: prácticas como éstas constituyeron gravísimas violaciones a los más fundamentales derechos humanos.

2. LOS HECHOS

En octubre de 2010 se conoció internacionalmente la noticia de que en Guatemala, entre 1946 y 1948, hombres y mujeres de sectores pobres, desvalorizados y totalmente vulnerables habían sido experimentalmente manipulados e infectados de enfermedades venéreas sin conocimiento informado de su parte y sin su consentimiento, por un equipo de médicos estadounidenses encabezados por el Dr. John C. Cutler, verdadero promotor y conductor de los experimentos, y algunos guatemaltecos cuya responsabilidad es en todavía discutida. Este capítulo expondrá lo esencial de lo ocurrido.

Entre 1946 y 1948, el Laboratorio de Investigaciones de Enfermedades Venéreas (VDRL) del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de Norteamérica (USPHS) y la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP, siglas inglesas: PASB), virtualmente una dependencia del gobierno estadounidense instalado en América Latina y antecesora de la actual Organización Panamericana de la Salud (OPS), decidieron, diseñaron y patrocinaron experimentos humanos en Guatemala infectando deliberadamente y subrepticamente con microorganismos que causaban severas enfermedades de transmisión sexual (sífilis, gonorrea y chancroide) a personas que sirvieron de sujetos de experimentación biológica. Estos sujetos desconocedores de lo que se les haría, provenían de sectores menesterosos, despreciados y desprotegidos de la población guatemalteca (prisioneros, soldados, enfermos mentales y trabajadoras del sexo).

La dirección de los experimentos estuvo a cargo del médico estadounidense Dr. John C. Cutler, del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, en relación con el Laboratorio de Investigaciones de Enfermedades Venéreas (VDRL). Cutler desarrolló estos experimentos bajo la supervisión de los médicos, Dr. R.C. Arnold y John F. Mahoney, pertenecientes ambos al Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (USPHS) y al Laboratorio de Investigaciones de Enfermedades Venéreas (VDRL). De acuerdo con la documentación disponible, estas personas mencionaron tener como enlace y colaborador principal en Guatemala al médico Dr. Juan Manuel Funes, entonces Jefe de la División de Control de Enfermedades Venéreas de la Dirección de Sanidad Pública de Guatemala, con colaboración de funcionarios en los Ministerios de Salud, de Gobernación y de la Defensa del Gobierno guatemalteco del Dr. Juan José Arévalo. Estos hechos no se conocieron, ni en Estados Unidos ni en Guatemala en todo este tiempo, hasta que en 2010 destapó el escándalo en el ámbito nacional e internacional la científica social estadounidense, Profesora Susan Reverby del Wellesley College de Estados Unidos. La Profesora Reverby investigaba los experimentos humanos de Tuskegee (sobre lo cual ha escrito dos libros) cuando se encontró casualmente en 2009 con los materiales del Dr. Cutler sobre Guatemala en los archivos de la Universidad de Pittsburgh, Estados Unidos.

Tuskegee, ciudad de Alabama, Estados Unidos donde entre 1932 y 1972, los Servicios de Salud Pública de esa nación (incluido el Dr. Cutler) experimentaron con sífilis no tratada (a pesar de que la penicilina ya había sido descubierta y se conocía de su eficacia para el tratamiento de la sífilis) en 399 jornaleros varones afroamericanos, la mayoría analfabetos, sin “conocimiento informado”, y engañándolos al decirseles que tenían “mala sangre”. De los 399, murieron 128 de sífilis y 100 de complicaciones médicas asociadas; 40 de las esposas de los sujetos resultaron infectadas y 19 niños sufrieron sífilis congénita. El estudio fue cancelado al enterarse la prensa; del juicio moral nació el Informe Belmont en 1979. Cuando la Dra. Reverby lo estudiaba en los archivos de la Universidad de Pittsburgh, accidentalmente descubrió el caso Guatemala.

Aunque la Dra. Reverby planeaba divulgar estos hallazgos hasta enero de 2011, la noticia accidentalmente salió a luz en el año 2010. A partir de estas revelaciones, personal del Centro de Control y Prevenciones de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC, siglas en inglés) se había dado a la tarea de revisar el material de Cutler en la Universidad de Pittsburgh, produciendo otro documento básico. Thomas R. Frieden, Director de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (*Centers for Disease Control and Prevention*) y Francis S. Collins, Director de los Institutos Nacionales de Salud (*National Institutes of Health*), textualmente expresan que “*el trabajo fue dirigido por Cutler y realizado con conocimiento de sus superiores, incluido Thomas Parran Jr., entonces Cirujano General* -(Surgeon general, alto funcionario, Jefe Operativo de los Servicios de Salud Pública del Gobierno federal de EEUU, nombrado por el Presidente y confirmado por el Senado estadounidense)- *con el patrocinio financiero que el Instituto Nacional de Salud (siglas inglesas NIH) otorgó a la Oficina Sanitaria Panamericana*”, antecesora de la actual Organización Panamericana de la Salud, OPS. (JAMA, 2010).

Cutler, administrador e investigador en salud pública buscando renombre internacional en enfermedades de transmisión sexual. Fue Asistente del Director General de Salud Pública del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos (USPHS) y Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP, precursora de la actual Organización Panamericana de la Salud, OPS). Profesor de la Escuela en Salud Pública y en la Escuela de Asuntos Públicos e Internacionales. Además de Guatemala, trabajó en India y África Occidental. Falleció en 2003.

El estudio fue conducido por el Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas del USPHS, el cual se transformó más tarde en CDC (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades), todos en cooperación con investigadores guatemaltecos (JAMA 2010)

Los archivos de Cutler en la Universidad de Pittsburgh que cubren el estudio de 1946-48, incluyen: extensos reportes sumarios sobre sífilis y más breves sobre gonorrea y chancroide; correspondencia entre Cutler y colegas del USPHS; registros experimentales, libros de registro y sobre los sujetos inoculados de sífilis, historias basales, exámenes físicos y resultados serológicos de sífilis; número de experimento, seguimiento serológico de sífilis y hallazgos de exámenes clínicos; fechas y dosis de penicilina.

El estudio parece haber terminado en 1948 aunque algunos exámenes de laboratorio para seguimiento continuaron hasta principios de 1950. No hay indicios de que los resultados de los experimentos de inoculación de enfermedades de transmisión sexual hayan sido alguna vez publicados en la literatura científica o en otras instancias, aunque algunos resultados fueron utilizados para presentar Ponencias presentadas en el II Congreso Centroamericano de Venereología, ciudad de Guatemala en abril de 1948 y publicados en la revista : *Salubridad y Asistencia*, Órgano divulgativo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Tomo II, Nos. 4-5-6-7 (abril-julio 1949).

En los documentos disponibles de los archivos de Cutler se indica que *“Guatemala fue seleccionada para estos estudios a sugerencia del Dr. Juan Funes¹, Jefe de la División de Control de Enfermedades Venéreas de Sanidad Pública de Guatemala”*.

Algunos de los factores que llevaron a generar expectativas para el experimento en Guatemala fueron los siguientes: De acuerdo con la legislación vigente en este país, la prostitución fue legalizada permitiéndosele a las trabajadoras sexuales ingresar a las cárceles para sostener relaciones sexuales con los prisioneros. Otro factor: Como todo lo relacionado con prostitución, contagios y tratamiento rápido para pacientes infectados estaba a cargo de la División de Control de Enfermedades Venéreas, cuyo Jefe era precisamente el Dr. J.M. Funes, lo que facilitó que se considerara a las prisiones como lugares seguros, controlables e idóneos para experimentos humanos a efecto de *“estudiar la efectividad de la quimioprofilaxis después de la exposición sexual a enfermedades sexualmente transmitidas”* (CDC, 2011).

A esas consideraciones podemos agregar una más de índole social: en la administración de Arévalo, se suprimió la práctica histórica de hacer prisioneros políticos como política de

¹ El médico guatemalteco Juan Manuel Funes, investigador asociado durante un año en el Laboratorio de Investigaciones en Enfermedades Venéreas (VDRL) en Nueva York asignado por el Instituto de Asuntos Inter-Americanos, trabajó en quimioprofilaxis de enfermedades transmitidas sexualmente.

gobierno, además de que en esa época no existía la legislación actual de protección a los derechos humanos (en la sección sobre el contexto sociopolítico, se presentará la opinión del Presidente Arévalo acerca de esta discriminación inveterada).

En los archivos de Cutler se afirma que el Dr. Funes exploró estas ideas con sus colegas a su retorno a Guatemala, y que en Estados Unidos, esta misma idea fue *“oficialmente aprobada”* *“y continuaron las discusiones acerca de la factibilidad del proyecto”* por parte de representantes del Laboratorio de Investigaciones en Enfermedades Venéreas –VDRL- institución que se encargó *“de la dirección científica y técnica del proyecto, dando personal para dirigirlo”*. El Servicio de Salud Pública de Estados Unidos (USPHS) erogó el dinero para los experimentos y lo cursó a la Oficina Sanitaria Panamericana, con la cual el Gobierno de Guatemala firmó el acuerdo que permitía *“el establecimiento del centro de entrenamiento e investigación”* así como convenios de *“trabajo cooperativo entre el personal de Oficina Sanitaria Panamericana y varias unidades del Gobierno para propósitos de investigación y entrenamiento”*. Se firmó además un acuerdo mediante el cual, cuando la OSP *“dejara de tener interés”* en la experimentación humana y en el programa de investigación y entrenamiento, todo el equipo y laboratorios instalados en Guatemala por la Oficina Sanitaria Panamericana para los experimentos, pasarían a manos del Gobierno guatemalteco y *“el personal local sería entrenado para trabajar en el servicio de salud pública el que, si lo deseara, asumiría la unidad como una actividad gubernamental”*.

Y de hecho, esto se convirtió en un programa de verdadero control nacional en todo lo que fuera enfermedad venérea, con hegemonía absoluta, bajo la autoridad de altos funcionarios en salud de Estados Unidos y funcionarios guatemaltecos. Cutler lo expresó de esta manera: *“esto significó que el personal tenía autoridad para trabajar con las autoridades médicas y otras del centro de tratamiento rápido de enfermedades venéreas del servicio público; en los hospitales gubernamentales; con instalaciones médicas y oficiales del ejército; con instituciones al cuidado de huérfanos y dementes; y con el sistema penal”* (CDC, 2011). Quedaba armada la estructura.

El desarrollo del experimento fue relativamente conocido por la comunidad científica estadounidense. Una carta de Mahoney a su subordinado Dr. Cutler, el 15 de octubre de 1946 expresa: *“Su espectáculo ya está atrayendo amplia y favorable atención aquí. Con frecuencia se nos pregunta por el progreso del trabajo. El doctor T.B. Turner de Johns Hopkins desea que verifiquemos la patogenicidad en el hombre de la espiroqueta del conejo; al doctor Neurath de Duke le gustaría que hiciéramos el seguimiento de los pacientes con su procedimiento de verificación; el Dr. Parran (“General Surgeon”) y probablemente el doctor Moore podrían caerle de visita empezando el año.”* Siempre

Mahoney a Cutler, el 23 de diciembre de 1946: “*El General Surgeon se ha visto entusiastamente interesado en el proyecto Guatemala*” (CDC, 2011).

2.1 Las enfermedades

Antes de avanzar es conveniente revisar de manera breve y general algunos elementos de la enfermedad que fue el objeto central de los experimentos. La sífilis es una enfermedad infecto - contagiosa, endémica, crónica, de serias consecuencias para la salud, causada por el microorganismo *Treponema pallidum*. Se propaga por contagio interhumano y el mecanismo predominante es el sexual. Se desarrolla en 3 etapas que se manifiestan desde lesiones locales o chancro (sífilis primaria), luego lesiones en piel y mucosas, más síntomas generales (sífilis secundaria), hasta formar lesiones en órganos internos que pueden generar dificultad en movimientos, parálisis, ceguera, demencia y muerte (sífilis terciaria). Puede transmitirse de la madre al feto (sífilis congénita). El microorganismo causante, el *Treponema pallidum*, está presente en el líquido cefalorraquídeo. No es fácil reproducir la sífilis en personas sanas y la espiroqueta no puede ser cultivada in vitro (Reverby, 2011).

La sífilis siempre se consideró una enfermedad sucia, degradante y denigrante por lo que sus víctimas, cargadas de sentimientos de inculpação, han sido objeto de rechazo social. De esa suerte, en Europa, cada país se la achacaba al vecino: “mal italiano” para los franceses; “mal francés” para los italianos, españoles e ingleses; ; “mal napolitano” para los demás italianos; “mal portugués” para los españoles; “mal español” para los portugueses y los holandeses, colonia entonces de España; “mal polaco” para los rusos; “mal chino” para los japoneses; “mal cristiano” para los turcos musulmanes; “mal americano” por los invasores europeos del continente.

Las otras enfermedades venéreas incluidas en los experimentos de Guatemala, fueron: gonorrea, enfermedad de transmisión sexual y que afecta la uretra, el cuello del útero, recto, faringe u ojos; se caracteriza, entre otras cosas, por secreciones blanquecinas en los órganos sexuales y por ardor al orinar. Chancroide o chancro blando, enfermedad de transmisión sexual, caracterizada por lesión ulcerosa genital como el chancro sífilítico pero doloroso y sucio.

Como en la serología (examen de sangre para comprobar presencia de anticuerpos contra una enfermedad en la sangre total o en el suero al centrifugar la sangre ya coagulada) la relación entre *sensibilidad* y *especificidad*² daba muchos resultados falsos, ciertas opiniones llevaron a pensar que en determinadas áreas tropicales y subtropicales se daba un alto grado de resultados positivos en el suero, hubiera o no sífilis. Al tenor de presunciones racialistas como las argumentadas en el caso de Tuskegee y ante su búsqueda en el altiplano guatemalteco y en la tropa del Ejército, *“George Cheever Shattuck de la Escuela de Medicina Tropical de Harvard concluyó que la sífilis era más frecuente en ladinos sobre todo capitalinos mientras que entre los indígenas era leve”* (Reverby, 2011). Lo de etnicidad y Ejército se discutirá en el capítulo respectivo.

En la década de 1940, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de Norteamérica (USPHS) y su dependencia, el Laboratorio de Investigaciones de Enfermedades Venéreas (VDRL) llevaron a cabo investigaciones de quimioprofilaxis para llegar a tener preparaciones más efectivas y aceptables para las tropas de los Estados Unidos en el extranjero, que el agente ampliamente usado en los servicios militares durante la II Guerra Mundial (calomel –sal de mercurio³- sulfatiazol, petrolato blanco, aceite mineral ligero y alcohol cetílico). Hubo interés tanto en preparaciones tópicas como en penicilina sistémica y se efectuaron estudios en la Marina de los Estados Unidos, toda vez que uno de los propósitos básicos de estos estudios era proteger a las tropas de Estados Unidos destacadas en el exterior.

Antiguamente se intentaba curar la sífilis con mercurio, pero era sumamente tóxico. En 1901, el biólogo alemán Paul Ehrlich (1854-1915), Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1908 y considerado el creador de la quimioterapia, descubrió el producto de arsénico llamado “salvarsán” para curar la sífilis. Tanto el salvarsán como el neosalvarsán fueron en 1944 desplazados por la inocua penicilina.

A finales de la II Guerra Mundial la penicilina se volvió disponible iniciando la era de los antibióticos, y mostró eficacia contra la sífilis pero sus dosis y limitaciones estaban todavía por descubrirse. Cuando fue mostrándose efectiva contra la sífilis, el Dr. Joseph

² *Sensibilidad se le llama a la capacidad de una prueba para detectar una enfermedad obteniendo resultado positivo de la enfermedad en un afectado. Especificidad es la probabilidad de una prueba de obtener resultado negativo en persona sana.*

Earle Moore del Johns Hopkins, junto con otros científicos, se lamentaban porque por la eficacia de la penicilina, la sífilis parecía estar desapareciendo y con ella, sus fascinantes acertijos que quedarían sin resolver (Reverby 2011).

La penicilina abrió la era de los antibióticos en la historia de la medicina. Su descubrimiento es atribuido al biólogo escocés Alexander Fleming en 1928, Premio Nobel de Medicina en 1945, aunque el pleno desarrollo de la penicilina fue un esfuerzo colectivo con Ernst Chain (alemán) y Howard Walter Florey (australiano). El descubrimiento de su utilidad médica se debió en 1930, al patólogo inglés George Pain. La antropología enseña que observación genial de Fleming tenía antecedentes en diversas culturas del mundo, las cuales durante muchas épocas llegaron a reconocer las capacidades curativas (bactericidas) de hongos.

En 1944, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (PHS) ya había realizado en los propios Estados Unidos experimentos para la profilaxis de gonorrea inyectando deliberadamente a prisioneros “voluntarios” de la prisión de Terre Haute con gonorrea⁴; por dificultades experimentales, el estudio fue cancelado. Para continuarlo y ampliarlo a la sífilis fue que la investigación se lanzó al sur, fuera de los Estados Unidos y de las barreras y obstáculos que allí estaban encontrando (Reverby 2011). Concretamente, Guatemala.

2.2 Centro y periferia

Desde el Siglo XIX, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (USPHS), como parte del control económico y político, ejerció el control sanitario en América mediante la organización y el financiamiento de la Oficina Sanitaria Panamericana en 1901 (OSP), cuyos directores, entre 1902 y 1936, fueron líderes de USPHS. Por ejemplo, el Director General del Servicio de Salud Pública cuando los experimentos en Tuskegee, Hugh S. Cumming, fue desde 1936 hasta 1947 Director de la OSP (Reverby 2011).

La salud de Guatemala y del resto de Centro América se inscribía en el interés de poderosas empresas económico – agrícolas de Estados Unidos, tal el caso de la United

⁴ En la prisión de Terre Haute (en el poblado homónimo de Indiana, Estados Unidos), se realizaron sin éxito, experimentos humanos para infectar a prisioneros con gonorrea obtenida de otros prisioneros contagiados (1944). En dichos experimentos también participó el Dr. John C. Cutler.

Fruit Company, a la que la salud de estos pueblos le interesaba en función de la preservación de la mano de obra barata y de los posibles efectos que podrían acarrear en la de los estadounidenses.

Lo reconoce abiertamente la Dra. Reverby al anotar que en toda la primera mitad del Siglo XX, la Compañía Frutera de banano, la United Fruit Company (UFCO) ya controlaba gran parte del territorio guatemalteco, país que constituía “la República Bananera por excelencia” (se tratará en el capítulo sociopolítico). El Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (PHS) escogió a Guatemala justamente durante la revolución democrática de 1944 - 1954 que se distinguió por emitir y ejecutar “*leyes de protección obrera, la reforma agraria y elecciones democráticas*”, revolución que sucumbió ante el “*golpe de Estado promovido por Estados Unidos a través de la CIA en 1954*”. Fue entonces, como lo afirma Reverby, que “*el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos era parte del esfuerzo para usar Guatemala para la investigación científica*” transfiriendo recursos “*a la élite de salud pública en Guatemala.*”

Dicha hegemonía contaba con la cooperación de determinados funcionarios guatemaltecos y miembros de la ahora llamada sociedad civil; no obstante, esta cooperación podía tener distintos tintes o características, desde la servidumbre política de sectores privilegiados de la sociedad, cuadros técnicos ideológicamente conservadores que necesariamente permanecían en las instituciones, hasta el más inocente respeto a la nueva ciencia –especialmente médica- norteamericana, pasando por los procesos evolutivos .

Ante la hegemonía estadounidense en esta parte de América Latina y la extensa sucesión de gobiernos subalternos, fue notoria la cooperación absoluta con todo lo dictado. Estados Unidos condicionaba la política general de Guatemala, tanto interna como externa. Ese contexto envuelve lo acontecido con los experimentos en Guatemala sobre enfermedades venéreas; sin embargo, puede considerarse como época de transición o evolución lenta, primeros pasos en la post independencia, política e ideológica respecto a las relaciones con Estados Unidos, la lentitud explicable en las transiciones ideológicas de la dependencia a la liberación, la evolución en las consideraciones de igualdad en dignidad de las personas y con sectores de la misma sociedad guatemalteca como los trabajadores, los indígenas y las mujeres.

Con una subvención del Instituto Nacional de la Salud de los Estados Unidos para la Oficina Sanitaria Panamericana bajo la dirección del Laboratorio de Investigaciones de Enfermedades Venéreas - VDRL, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos “*cooperó (sic) con oficiales del Ministerio de Salud de Guatemala, el Ejército Nacional, el Hospital Nacional de Salud Mental y el Ministerio de Justicia ‘con algo que benignamente*

fue denominado una serie de estudios experimentales sobre la sífilis en el hombre ” ‘
(Reverby, 2011)

Según el director de los experimentos, el Ejército tomaba su parte en este escenario y *“los oficiales guatemaltecos tenían sus propias exigencias. Le pedían a Cutler que efectuara pruebas y tratara a los hombres de los cuarteles, que hiciera estudios de la enfermedad en las tierras bajas y que proveyera con más penicilina al país ‘en pago a su cooperación’* “(Reverby, 2011). A cambio de continuar con sus pruebas de sangre, Cutler proporcionó al Hospicio más drogas contra malaria aunque no se sabe qué sabían los oficiales guatemaltecos sobre el experimento.

A todo esto y debido a resultados insatisfactorios para los médicos estadounidenses sobre la inoculación en la contaminación sexual de los prisioneros (población total de aproximadamente 1,500) y la renuencia de los prisioneros a ser objeto de extracción de sangre lo cual determinaba un incompleto seguimiento serológico, se tomaron decisiones “correctivas”: cambiar el diseño de los estudios y cambiar de población: en vez de los prisioneros hombres y prostitutas en servicio de estos prisioneros, tomar ahora enfermos mentales en el Hospital Nacional de Salud Mental (que tendrían la gran ventaja de que, por su condición mental, no se opondrían al experimento en sus cuerpos).

Este Hospital era una institución gubernamental con 800 a 1000 internos e internas, *“desesperada y patéticamente pobre, tanto financieramente como en personal y atención médica”*. Había carencias notorias en medicamentos, en facilidades para refrigeración, implementos para mesa, cigarros o artículos recreativos tales como proyector de cine. *“El Director del Hospital estaba ansioso por instituir pruebas serológicas a los internos”* (CDC, 2011). Los científicos de Estados Unidos respondieron “como se debía”: al igual que en Tuskegee, *“la cooperación se manejó con la institución, no con los pacientes o sus familias”* y la mejor forma fue prometer suministros: medicamentos anticonvulsivos (pues la gran mayoría de la población era epiléptica); una refrigeradora para las muestras biológicas; un proyector de películas y cubiertos de mesa (vasos, platos y cubiertos de metal). 1 cigarro por ‘observación clínica’” y 1 paquete de cigarros por inoculación, extracción de sangre o manipulaciones espinales (Reverby, 2011). *“A menudo, había pacientes que intentarían pasar varias veces por el médico por examen de sangre o punción cisternal sólo para aumentar su provisión de tabaco”* (CDC, 2011). Así fue como fondos originalmente destinados al pago de los “voluntarios”, se dedicaron al final para la institución, no para los individuos.

En una carta del 21 de junio de 1948, el Dr. J.F. Mahoney asienta que al estar haciendo los arreglos para financiar las fases terminales del estudio en Guatemala, *“habrá de ser recordado que dos médicos locales fueron mantenidos en servicio con el propósito de*

continuar la observación de ciertos grupos de pacientes... los doctores Salvadó (director del hospital de Salud Mental) y Funes... ser considerados para estos nombramientos...directamente con la Oficina Sanitaria Panamericana". En una carta del 26 de agosto de 1948 al Dr. Mahoney, el Dr. Cutler indica que con algunos otros "discutieron a fondo el problema de la continuación de nuestros estudios experimentales...la necesidad de apoyar (sic) al Dr. Juan M. Funes MD, médico encargado de continuar el actual programa de investigación" y "Julio Salvadó, MD, médico del Asilo de Alienados".

El equipo de laboratorio habría de ser traspasado a Sanidad Pública para entrenamiento en colaboración con la OSP. Los nombres de médicos y científicos guatemaltecos en correspondencia con los Dr. Cutler y Mahoney (verano, 1948) *"incluye al Dr. Bianchi, Ministro de Salud y Asistencia Social, a quien se identifica como el firmante de un convenio para el Gobierno de Guatemala con el Dr. Cumming de la Oficina Sanitaria Panamericana; el Dr. Abel Paredes Luna, quien iba a ser entrenado en el Laboratorio de Investigaciones de Enfermedades Venéreas (VDRL) en serología y aspectos clínicos de enfermedades venéreas; Rolando Funes, para servir como director interino del laboratorio de serología en Guatemala; el Dr. Galich, Director de Sanidad Pública de Guatemala y el Dr. Carlos Tejeda, jefe del Servicio Médico del Hospital Militar e involucrado en arreglar entrenamiento de médicos estadounidenses en medicina tropical".*

Por parte de Estados Unidos, también hubo fuerte interés en extender estos estudios al resto de Centro América. El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, OSP, John Murdock, escribió al jefe de Sector del Caribe de la OSP (Dr. McAnally): que el Dr. Mario Mollari de la Universidad de Georgetown visitaría para esos efectos El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá (CDC, 2011).

2.3 En el nombre de la ciencia

Los experimentos en Guatemala tuvieron como propósito primordial, desarrollar modelos humanos de transmisión del *Treponema pallidum* -el microorganismo causante de la sífilis y comprobar la efectividad de tratamientos quimio profilácticos. *"Estudios adicionales fueron llevados a cabo para evaluar el potencial de re-infección de personas con sífilis no tratada, latente o de aquéllos con tratamiento reciente de sífilis con penicilina; comparar el comportamiento de diversos exámenes serológicos para la sífilis; y desarrollar modelos humanos de transmisión y quimioprofilaxis de los agentes de gonorrea y chancroide."*

Asimismo revalorar la comprensión de la inmunología sifilítica en la era de la penicilina. (CDC, 2011).

Reverby anota que los dos objetivos del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de Norteamérica (USPHS) y la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) al designar como jefe del proyecto Guatemala a Cutler (trabajando en el Laboratorio de Investigaciones de Enfermedades Venéreas (VDRL y en Terre Haute) con la asistencia de Funes, entrenado en el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, fueron: 1) experimentar con procedimientos de transmisión de sífilis (“sifilización”) *“para probar la respuesta humana al material infeccioso a efecto de mejorar la respuesta corporal a la enfermedad para comprender la re-infección”*. 2) *“Encontrar formas de prevención de la enfermedad inmediatamente después de la exposición”*. En la II Guerra Mundial recién concluida, los Estados Unidos habían dado a sus soldados infectados pomada de calomel-sulfatiazol, pero era un procedimiento doloroso, así que el Servicio de Salud Pública (PHS) se decidió por químicos menos nocivos o por penicilina y eso había que probarlo. (Reverby, 2011)

El Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (USPHS) designó a Cutler para la conducción de este experimento cuyas diferencias con el que ya estaban realizando en Tuskegee era que: 1) los médicos gubernamentales sí infectarían hombres mediante el contacto sexual con prostitutas o inoculándolos con gomas sifilíticas y chancros de humanos o animales o con pus de llagas gonorreicas y 2) luego vendría el tratamiento con penicilina, *“presumiblemente para curar la infección”* (Reverby, 2011).

En la Revisión de los Informes Sumarios y Registros Experimentales de Cutler, la primera población de sujetos experimentales fue de cerca de 1,500 prisioneros y prostitutas contratadas. Los Servicios de Salud Pública de los Estados Unidos (USPHS) querían probar una exposición “normal” *“no con animales”*, (Reverby, 2011). Por eso se utilizó como sujetos experimentales para sífilis y gonorrea a prisioneros de la Penitenciaría Nacional, pacientes del hospital nacional mental, soldados rasos (*“La mayoría de los experimentos con gonorrea y chancroide se realizaron en soldados guatemaltecos.”*) y a trabajadoras sexuales (JAMA, 2011). Mientras una razón fundamental primaria para conducir estudios en Guatemala fue el ambiente legal que permitía a los prisioneros tener relaciones sexuales con trabajadoras de sexo, estudios iniciales indicaron que la transmisión sexual de sífilis era relativamente ineficiente. Para determinarlo, dos de estas mujeres fueron inoculadas en el cuello del útero con tejido de conejos infectados. Ambas desarrollaron evidencia serológica de infección sin lesiones visibles y subsecuentemente se volvieron seronegativas ‘después de terapia específica’ de tipo no indicado. 12 prisioneros “voluntarios” tuvieron un contacto con las mujeres infectadas y a pesar de no utilizarse preservativos o quimioprofilaxis, ninguno desarrolló infección clínica y basándose en

seguimiento serológicos incompletos (debido a la oposición a someterse a repetidas extracciones de sangre) se estimó que al menos uno o dos sufrieron infección asintomática (CDC, 2011).

En otra fase, prostitutas sanas fueron inoculadas en el cuello del útero antes de las visitas sexuales (Reverby, 2011). Se tomaron pruebas serológicas a los presos antes y después de su contacto con las prostitutas. Al ver que los índices de transmisión de mujer a varón eran bajos, se cambió entonces a inoculación directa de prisioneros y pacientes del Asilo para dementes (piel y membranas mucosas) (CDC, 2011). Al tratarse de experimentos en el único asilo de alienados del país, en donde no se podía ingresar prostitutas, se procedió a hacer inoculaciones en vez de exposición sexual. *“La mayoría de los oficiales del asilo pensaron en un principio que la inoculación se trataba únicamente de otra clase de droga.”* Se recurrió a Inyecciones subcutáneas o exposición del prepucio a material infeccioso con *Treponema pallidum*. (JAMA, 2011)

Se dio el caso de un sujeto de estudio con epilepsia severa que falleció durante su tratamiento con penicilina, al sexto día de terapia. No aparecen comentarios sobre la relación entre la muerte y la terapia de penicilina, aunque se reportó que *“se sabía que había tenido constantes y severos ataques y había asido un problema en el manejo de la epilepsia antes del trabajo experimental.”* (CDC 2011). *“Aunque hubo otras muertes durante la conducción del estudio en el hospital mental, las mismas se relacionaron más probablemente a los altos índices de enfermedades subyacentes como la tuberculosis”* (JAMA, 2011).

“El médico sujetaba el pene del sujeto, jalaba el prepucio, raspaba con aguja hipodérmica levemente el pene justo al punto de casi sangrar, introducían un hisopo con gotas de emulsión sifilítica para que se depositara en la piel erosionada del pene, por una hora, a veces dos. Otras formas eran: efectuar un raspado de la piel del antebrazo, lugar donde se depositaba el inóculo, ó ingesta de agua destilada con tejido sifilítico, ó remoción de líquido espinal para reintroducirlo con la mezcla sifilítica en el cuerpo; ó “las punciones de la vena cubital media del antebrazo para introducir las mezclas.”

Todos los sujetos experimentales del Asilo de Alienados desarrollaron tortícolis, dolor de cabeza y fiebre durante varios días, presumiblemente debido a meningitis bacteriana y todos respondieron a las sulfonamidas. Posteriormente, todos los sujetos desarrollaron lo que se pensó era meningitis sifilítica aguda con cefaleas, tortícolis y, en un caso, parálisis transitoria en las extremidades inferiores. Después de la consiguiente terapia, todos los pacientes mostraron completa reversión de signos y síntomas (CDC, 2011). El inóculo se elaboró en el Asilo de Alienados con frotos de chancros de pacientes ya infectados o en el caso de soldados, con “cepas callejeras” de prostitutas ajenas al estudio (Reverby, 2011)

Entretanto, la esposa del Dr. Cutler se dedicó a tomar fotografías de cientos de hombres y mujeres, sujetos del experimento de su esposo.

2.3.1 Estudio de Sífilis:

Para investigar sífilis, se utilizó un total de 726 prisioneros sujetos experimentales, de los que 696 (96%) fueron expuestos a materiales infecciosos (a veces el mismo paciente sujeto a varios experimentos) infectándoseles por coito o inoculación. De éstos, 427 (61%) se consideraron infectados y de los cuales 369 (86%) recibieron “tratamiento adecuado” con penicilina. Para la gonorrea se utilizaron 772 sujetos (en iguales condiciones que los de sífilis), de los cuales 30% (234 soldados y prostitutas) quedaron infectados y el 99.5% (233) recibió tratamiento de penicilina. Para el chancroide se inoculó a 142 sujetos, 131 soldados y 11 pacientes mentales: 138 quedaron infectados (97%), de los que a 129 se dio tratamiento con sulfatiazol (CDC, 16-17).

Por contacto sexual, la transmisión de sífilis fue limitada. Se realizaron 17 experimentos más en prisioneros y prostitutas (de 13 mayo 1947 a 4 de julio, 1948). El procedimiento más confiable que se encontró fue por inyección subcutánea o haciendo escarificaciones con una aguja fina en el prepucio de pene o en la piel del brazo.

Según los registros de enfermos mentales en el experimento, se inoculó con sífilis a 638, de los que 66% (423) resultaron infectados. Para el 87% de éstos (369), tratamiento adecuado, para el 3% (10) tratamiento parcial y para el 10% (44), no tratamiento. 3 de los 44, abandonaron el asilo antes de ser tratados (2) y 1 murió antes del tratamiento (CDC, 2011).

Una parte recibió “tratamiento adecuado”. A sujetos adicionales se les dio deliberadamente dosis menores de penicilina a fin de observar recidivas y a 10 de 36 (28%) de dichos sujetos se consideró que el tratamiento había fallado (CDC 2011). El documento estudiado se refiere a complicaciones no fatales: “*muchas reacciones Jarisch Herxheimer, una reacción alérgica atribuida al tejido de conejo, un absceso cutáneo y cinco ataques. Un sujeto requirió amputación de brazo como resultado de gangrena, la que fue descrita como posterior a una inyección de medicación anti ataque y ocurrió en el mismo brazo con una inoculación experimental dos meses antes. Además, a un sujeto se le percibieron hallazgos consistentes con neurosífilis (ej., tabes dorsalis como se evidenció por reflejos ausentes en las extremidades inferiores y pupilas Argyll Robertson) antes de la inoculación*” (CDC, 2011).

Fueron documentados 71 muertos durante los meses de observación prospectiva, 71 de 416 (17%) provenientes del hospital mental y ninguno de los 116 de la prisión. Los reportes no aseguraron relación de la muerte con los procedimientos del estudio. Sin embargo, pacientes sufriendo otras enfermedades no fueron excluidos del estudio: por lo menos, un paciente sufría de una afección “pre-terminal” documentada al momento de la inoculación y quien falleció a los pocos días, así como otra persona con ataques quien murió de epilepsia durante el último día de tratamiento de penicilina, aunque, de nuevo, no está claro si el tratamiento precipitó los ataques incontrolables. En muchos casos, la fecha de la muerte pudo haber sido registrada varios meses más tarde. En muchos sujetos, no se anotó la causa de la muerte.

En su mayoría, se trabajó con pacientes del hospital de salud mental con la mayor probabilidad de no ser dados de alta antes de las observaciones post-inoculación. De acuerdo con el Reporte Sumario de Sífilis, por la alta tasa de mortalidad en los internados en el asilo, sobre todo por tuberculosis, se intentó hacer autopsias en todos los sujetos del experimento fallecidos para estudios espiroquetales. Aunque se hicieron intentos de autopsia, sólo con 12 pacientes se anotó haberlo hecho (CDC 2011). Los resultados de las autopsias rutinariamente no fueron documentados.

2.3.2 Estudios de gonorrea

En la fase inicial se hizo que mujeres infectadas tuvieran relaciones con soldados. Fue muy difícil obtener prostitutas anuentes a servir experimentalmente, pero se convenció a 12 que fueron inoculadas con gonorrea 5-14 días antes de los estudios. *“Todas mostraron evidencia de infección por descarga cervical y todas dieron cultivo positivo”* (CDC 12). Como con la sífilis, el contagio fue muy bajo (sólo 5 infecciones en 138 exposiciones por 93 hombres) por lo que se procedió a “inoculación directa superficial” (del meato uretral) o inoculación profunda (introduciendo el extremo de un palillo de dientes envuelto en algodón empapado en material infeccioso, media pulgada adentro de la uretra). Aquí se observó a soldados que, para asegurarse hospitalización y evitar asignación de deberes en los cuarteles, se inocularon ellos mismos insertándose en la uretra un fósforo con pus infectado con gonorrea, lo que dio como resultado una transmisión más eficiente (se discutirá en el capítulo respectivo la repulsión de ciudadanos humildes por el reclutamiento para el Ejército y que explica lo anterior). Se trató de 41 experimentos realizados en 663 soldados entre marzo 1947 y julio 1948, de los cuales 214 (33%) quedaron infectados.

También se reportaron experimentos de inoculación gonorréica en el pene o en el pene y en el recto de 4 sujetos del hospital mental. El cuarto sujeto fue una mujer que mostraba una enfermedad “pre-terminal” no especificada, quien fue inoculada en la uretra, en el recto, en la conjuntiva de ambos ojos e inoculada con sífilis al mismo tiempo. Se produjo descarga sanguinolenta de la uretra y conjuntivitis bilateral. Al cuarto día falleció. Así, en total, 772 sujetos fueron expuestos a contagio de gonorrea y 234 (30%) quedaron infectados. No hay ninguna información de algún consentimiento o incentivos como tampoco ninguna documentación de que lo sujetos comprendieran que estaban siendo objeto de una investigación (CDC 2011).

2.3.3 Estudios de chancroide.

Un experimento “Profilaxis chancroidal” comprendió la inoculación de 142 sujetos, 131 soldados de los que todos resultaron infectados. Lo mismo se hizo en 11 sujetos del hospital mental, de los que 7 quedaron infectados. No hay información ni discusión acerca del conocimiento que hubiera tenido el sujeto, consentimiento o incentivos para participar.

Los 131 soldados desarrollaron lesiones en el sitio de la inoculación chancroidea. *“El tratamiento de dos sujetos fue diferido para permitir observación futura desde el momento que ellos habían experimentado beneficio parcial con la quimioprofilaxis. De los 11 sujetos del asilo, 7 desarrollaron lesiones típicas en el sitio de inoculación. No hubo tratamiento documentado para ninguno de los 11”* (CDC 2011).

Pero no sólo los sujetos de experimentos fueron afectados. Ante la total indiferencia de los investigadores por la salud futura de las prostitutas infectadas, cabe preguntarse, ¿cuántos hombres en la calle fueron infectados por las trabajadoras sexuales que siguieron practicando su oficio en lo particular?

2.3.4 Estudios serológicos

Con respecto a los ensayos de las pruebas serológicas se realizaron en dos ambientes, uno institucional y otro comunitario. Para el institucional se eligió el hospicio de huérfanos donde un grupo de niños fue sometido a pruebas de sangre consistentes en extraer muestras para someterlas a un proceso de comparación entre los tres métodos diagnósticos serológicos de sífilis utilizados en la época, con la recientemente desarrolladas prueba de cardiolipina, (VDRL), con el objeto de evaluar cuál de estas tenía una mayor sensibilidad y especificidad

Para el ámbito comunitario se eligieron varias comunidades, pero el reporte disponible da cuenta de lo realizado en el Puerto de San José (Funes, 1949).

En esta comunidad, se realizó una encuesta serológica en niños escolares estudiando la sensibilidad y especificidad de la prueba con el antígeno VDRL a la cardiolipina en comparación con las técnicas que se utilizaban corrientemente (prueba de Kahn y prueba de Mazzini) a los niños utilizados como muestra, se les extrajo sangre al menos dos veces y se les examinó buscando evidencia clínica de sífilis.

Según el mismo reporte, los niños presentaban evidencia de desnutrición, paludismo, anemia, infecciones micóticas, esplenomegalia. De los 151 niños incluidos en la encuesta, solo 2 mostraron evidencia de sífilis congénita. En el reporte de Funes, no se aclara si los niños a quienes se les descubrieron otras enfermedades fueron tratados. Esta encuesta serológica fue negociada con las autoridades sanitarias centrales⁵, y no consta en el reporte si existió coordinación con las autoridades educativas y muchos menos con los niños y sus padres para la autorización de la actividad.

Tabla N0. 1: Número de casos por experimento

Evento	Sífilis	Gonorrea	Chancroide
Casos de experimento	696	772	142
Seleccionados para infectar	427 (61%)	234 (30%)	138 (97%)
Tipo de exposición			
Contacto sexual con trabajadoras sexuales	12	93	0
Inoculación cutánea o membrana mucosa	656	679	142
Inoculación intravenosa	13	0	0
Inoculación intra CSF (vía punción lumbar)	7	0	0
ingestión oral	0	0	0
Recibieron tratamiento	369 (86%)	233 (99.5%)	129 (93%)
Penicilina (3.4 millones unidades)	X		
Penicilina (300,000 unidades)		x	
Sulfatiazol (1gramo PO c/6h. Por 5 días)			X
Población expuesta			
Trabajadoras sexuales	X	x	
Enfermos mentales	X	x	X
Reos	X	x	
Soldados		x	X
Fallecieron durante la observación	71	-	-

Fuente: Archivos de Cutler

⁵ En la publicación de Funes de 1949 no se mencionan los nombres de los funcionarios con quienes se negoció, sin embargo, se asume, al decir que eran del nivel central, y que él, (Funes) era director de la unidad de venéreas, que los funcionarios eran del más alto nivel: director de salubridad pública y Ministro de Salud

2.4 Justificaciones y argumentos

Las consideraciones metodológicas suelen ser vistas en sí mismas, en abstracto. En este experimento, sin embargo, y en todos los que se le parezcan hay un aspecto metodológico que debe apreciarse a la luz de las variables éticas que conciernen al ser humano. Por ejemplo en el caso que sigue: *“De los 3 pacientes mentales con infección documentada, 2 fueron tratados con penicilina, mientras que el tercer sujeto (la mujer con “enfermedad pre-terminal” no específica e inoculada con gonorrea y sífilis en su uretra, recto y ojos) falleció 4 días después sin tratamiento registrado”* (CDC, 2011).

O en este otro: *“Mientras a la mayoría de los sujetos expuestos e infectados aparentemente se les prescribió lo que se consideraba dosis adecuadas de penicilina, el tratamiento fue rutinariamente retrasado durante varios meses después de la exposición y un número importante de sujetos no fueron tratados”* (CDC, 2011).

Pero en 1946 éstos fueron “detalles” que no obstaculizarían el avance de los experimentos en el lugar propicio, ni provocarían interferencias. El Dr. Cutler se habrá sentido tan complacido en Guatemala que estuvo persuadiendo a su supervisor, el Director Dr. John F. Mahoney, de la buena oportunidad que constituía ese país subordinado que era Guatemala para continuar los experimentos (Reverby 2011). Y Mahoney le respondió en 1946: *“su espectáculo (sic) está atrayendo una amplia y favorable atención aquí”*. Y continúa: *“Un estudio detallado sobre la confiabilidad de la serología como un instrumento de diagnóstico entre los aborígenes de la América tropical requeriría un enfoque distinto del que se utiliza en el presente...Estaríamos obligados a recurrir a las naciones de Centro y Sudamérica, a los indígenas mexicanos, a las tribus indígenas de Estados Unidos y, finalmente, al negro sureño.”* (Reverby, 2011). Lo del racismo implícito se discutirá más adelante.

Al siguiente año, en 1947, el Dr. Cutler admitió ante su supervisor, el Dr. Arnold que ¡no estaban diciéndole a los pacientes que les inyectaban sífilis!: *“Estamos conteniendo la respiración y explicando a nuestros pacientes y a otros relacionados (¿Quiénes serían esos otros relacionados? ¿Familiares, funcionarios...?), con muy pocas excepciones clave, que el tratamiento es uno nuevo que utiliza suero seguido de penicilina. Esta doble charla me permite adelantarme a los hechos”....“unas cuantas palabras a la persona equivocada aquí o a alguien en casa, podría arruinarlo todo o parte de...”* (Reverby, 2011). ¿Quiénes sería las personas equivocadas “aquí” y quién en casa (¿Estados Unidos?)?

En ese mismo año de 1947, el convencimiento pero no la reconsideración fijaron el camino. *“Todos aquéllos involucrados en estos estudios parecían saber que estaban*

pisando terrenos complicados de la ética.” Ya habían habido debates éticos con relación a Terre Haute a principios de los 40’s. El Servicio de Salud Pública de Estados Unidos (USPHS) sabía que los estudios debían ser *“metodológicamente sensatos y científicamente fructíferos para justificar el riesgo para los prisioneros”* (Harry Marks, historiador citado en Reverby). Después de visitar Guatemala en 1947, el especialista en malaria G. Robert Coatney al retornar a los Estados Unidos le explicó a Cutler que había enterado al Cirujano General, el Dr. Thomas Parran quien con un *“alegre parpadeo”* reconoció que no podrían hacer un experimento así en los Estados Unidos (Reverby, 2011). Cutler sabía que otros sifilólogos estaban por razones éticas en contra de este experimento. Mahoney le comentó en una carta a Cutler estar preocupado, por la *“gran cantidad de ‘rumores’ sobre Guatemala en altas esferas.....no dude en detener el trabajo experimental en caso hubiera ‘excesivo interés en dicha parte del estudio.’”* (Reverby, 2011).

En parte de la comunidad científica estadounidense parecía existir cierto relajamiento en estos asuntos, en 1947, el afamado virólogo Thomas Rivers del Hospital del Instituto Rockefeller para Investigaciones Médicas en Nueva York, escribió en sus memorias de 1947: *“... va contra la ley hacer muchas cosas, pero la ley guiña el ojo cuando un hombre respetable hace un experimento científico....a menos que la ley ocasionalmente guiñe el ojo, no se progresa en la medicina.”* (Reverby, 2011).

En la primera mitad de 1948 da luz una serie de cartas. Del Dr. R. C. Arnold, médico de los servicios de Salud Pública (PHS) y supervisor del Dr. John Cutler, a éste el 19 de abril: *“Científicos prominentes sabían que la secretividad e incluso el quebrantamiento de la ley eran a veces necesarios para avanzar en la investigación.”*

En 1948 de nuevo el Dr. R.C. Arnold, a Cutler el 19 de abril de dicho año y sólo 8 meses después de los juicios de Nüremberg: *“Estoy un poco, de hecho más que un poco, cauteloso (sic) por el experimento con los incapacitados mentales. Ellos no pueden dar su consentimiento, no saben qué está ocurriendo y si algunas benévolas organizaciones le siguieran la pista al trabajo, levantarían un montón de humo. Pienso que los soldados serían lo mejor, o los prisioneros porque ellos pueden dar su consentimiento... Considero que un paciente o una docena podrían estar infectados, desarrollar la enfermedad y ser curados antes de que pudiera sospecharse algo...En el informe no veo razón para decir dónde se hizo el experimento ni el tipo de voluntarios.”* (Reverby, 2011) (CDC 2011).

Tanto Cutler como sus supervisores escribieron que ante los experimentos en el manicomio, se veía la necesidad de evitar la difusión del conocimiento de su frecuencia (CDC, 2011).

En 1948, un año y medio después del inicio del experimento, el Dr. Mahoney reconoció al Dr. Cutler que estaban utilizándose procedimientos drásticos que no fundamentarían el uso de profilácticos locales. Cutler entonces se esmeró en multiplicar las formas de contagio (distintas cepas, humanos en vez de animales, manipulaciones más repetitivas) en contra de sus supervisores de los Servicios de Salud Pública (PHS) quienes estaban conscientes que tenía que detenerse. Los suministros para el estudio eran menores y el creciente uso de penicilina hacía impráctico el experimento y reducía el apoyo político para la investigación. Ya quedó mencionado atrás que el Dr. Joseph Earle Moore del Johns Hopkins se lamentó de que la eficacia de la penicilina acabaría con la sífilis y los privaría de desentrañar los *“fascinantes acertijos”* de esa enfermedad (Reverby, 2011)

En la dirección de los Servicios de Salud Pública de Estados Unidos (PHS) veían que muchos ofrecimientos de Cutler constituían un programa muy ambicioso que ya estaba librando lucha en su propia casa por sus experimentos de sífilis y penicilina, *“así que el experimento en Guatemala se hizo difícil de justificar.”* (Reverby, 2011).

En 1948 se le dijo a Cutler *que terminara su trabajo...y volviera a casa para ser asignado a otro lugar.* Todo su esfuerzo fue sepultado en los archivos (Reverby, 2011). Y todo su esfuerzo lindaba en lo estéril: El trabajo de Cutler *“tuvo poco impacto en la investigación sobre la sífilis.”* Cinco años después volvió a la carga en la prisión de Sing Sing en Nueva York con 62 *“voluntarios humanos”*, haciendo raspados subcutáneos pero no en los penes de los presos. No hizo ninguna mención a los experimentos en Guatemala (Reverby, 2011).

Ante las evidencias, el equipo de investigadores que han venido analizando los archivos de Cutler concluyen que: *“El diseño y conducción de los estudios fueron antiéticos en muchos aspectos, incluyendo exposición deliberada de los sujetos a serias y reconocidas amenazas a la salud. Falta de conocimiento y de consentimiento a procedimientos experimentales en sujetos de estudios; y la utilización de poblaciones altamente vulnerables”* (CDC, 2011).

Un equipo de científicos del CDC examinando la Revisión Detallada de los Registros de Sujetos Específicos para los Estudios de Inoculación de Sífilis estableció que *“Considerando los numerosos aspectos antiéticos del diseño y conducción del estudio, no se intentó utilizar el registro de los hallazgos para juzgar las hipótesis experimentales ni para crear información científica generalizable”* (CDC, 2011)

Absolutamente ninguna documentación existe sobre que los sujetos experimentales hayan dado su consentimiento informado para ser reclutados en el estudio. No existe ningún indicio de que los sujetos entendían que estaban participando en una

investigación, como tampoco hay enumeración alguna de incentivos que hubieran recibido para participar como sujetos experimentales (CDC, 2011).

Susan Reverby también concluye con lo que puede llamarse las lecciones de Guatemala: 1) *“demuestra los nexos entre la periferia y la metrópoli de la salud pública”-...“engaños” para defender “una cultura de investigación”*. A pesar de sus reservas, el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos (PHS) permitió continuar con el experimento por dos años. Estos médicos, con la fe que tenían en su causa y su racismo, sentíanse con derecho y permiso para infectar sin su conocimiento a *“personas que carecían de poder o de piel blanca.”* (Reverby, 2011).

Porque como en Tuskegee, *“en Estados Unidos, un país racista y racializado, científicos gubernamentales ‘ebrios de su poder sobre los confiados campesinos necesitados de asistencia... secretamente infectarían a hombres negros con una enfermedad debilitante y algunas veces mortal’ ”* (Reverby, 2011)

Thomas R. Frieden y Francis S. Collins⁶ (JAMA, 2011) resumen las violaciones éticas de este estudio: Los sujetos del estudio eran miembros de poblaciones vulnerables que incluían personas institucionalizadas y mentalmente discapacitadas, reclusas y soldadas (que no podían otorgar un consentimiento válido con conocimiento de causa). *“Los individuos fueron infectados intencionalmente con patógenos potencialmente graves”*. Se usó el engaño en la conducción de los experimentos. *“La correspondencia entre los investigadores y sus superiores también reconocían la naturaleza poco ética del trabajo”* .

Durante los últimos 60 años ha habido avances en los estados Unidos con la promulgación de reglamentaciones para salvaguardar a los sujetos humanos de experimentos. Es elocuente el caso del Código de Nüremberg (1947) contra la experimentación humana llevada a cabo por los nazis y por el cual se estableció como norma primordial el consentimiento voluntario de los sujetos de un estudio. Debe mencionarse la Declaración de Helsinki (adoptada en 1964 por la Asociación Médica Mundial); el Informe Belmont de 1979 emitido por la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento, al conocerse los estudios realizados en Tuskegee. También se mencionan las Normas de los Servicios Humanos y de Salud (HHS), siempre para proteger a poblaciones de prácticas antiéticas. En 1991, la “Regla Común” fue adoptada en Estados Unidos por 16 agencias federales.

⁶ Thomas R. Frieden, Director de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention). Francis S. Collins, Director de los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health), En publicación de la Revista de la Asociación Médica Americana (Journal of the American Medical Association, JAMA),

Finalmente, los autores citados ofrecen consideraciones basadas en la reflexión ética:

“¿Sería factible que tales estudios antiéticos ocurrieran hoy día? Para las investigaciones financiadas o conducidas por el Gobierno de los Estados Unidos, la respuesta es no. Todos los proyectos de investigación con financiamiento federal en los que los participantes humanos estén expuestos al más mínimo riesgo, deben ser supervisados por una Junta Institucional de Revisión (IRB por sus siglas en inglés) antes de proceder y según se describe en la Norma Común, deben tener el consentimiento por escrito de los participantes de la investigación o su representante legal autorizado (salvo en raras ocasiones). Las regulaciones federales prescriben que las IRB estén...’particularmente conscientes de los problemas especiales de la investigación que involucre a poblaciones vulnerables como niños, prisioneros, mujeres embarazadas, personas mentalmente incapacitadas o personas en desventaja educacional o económica”. Para los transgresores, tanto instituciones como individuos, las sanciones son muy fuertes (JAMA, 2011).

Prosigue el artículo considerando que conforme la investigación médica aumente en volumen, complejidad y ámbito geográfico, el escrutinio será más crítico y continuamente los nuevos riesgos podrían incrementarse.

“Aunque las protecciones efectivas contra la investigación antiética continúan evolucionando alrededor del mundo, las explotaciones en el pasado de poblaciones vulnerables, incluyendo los sujetos de estudio en Guatemala en los años cuarenta, son lamentables y profundamente entristecedoras. Para ellos, el principio ético fundamental de respeto a la persona humana fue flagrantemente violado. El Instituto Nacional de Salud (siglas en inglés, NIH) y el CDC están comprometidos a asegurar que las lecciones aprendidas del pasado ayuden a definir las acciones que protejan a los futuros participantes de la investigación, sin importar dónde se realicen los mismos. El estudio de inoculación de 1946-48 nunca debió ocurrir y nada de esa naturaleza debería ocurrir jamás.” (JAMA, 2011)

2.5 Daños en el alma: perspectiva antropológica

Pero no sólo las implicaciones físico – biológicas deben mencionarse en este documento. Hay factores inmateriales que guardan una importancia fundamental en la comisión de estos hechos. Es necesario discutir el caso de la ética ante factores no físicos de los sujetos del experimento. Se habla del daño corporal infringido a los sujetos de experimentación humana, pero no del daño no físico sino intangible, llámesele espiritual, cultural, cosmogónico. Esto sobre todo cuando entre experimentadores estadounidenses y sujetos guatemaltecos existe un abismo cultural, una diferencia absoluta en la manera de ver el

mundo, el cuerpo y regular las reglas que rigen la convivencia con el entorno. En lo que debe y no hacerse. El respeto a la cultura. Podemos llamar a esto “antropología de la ética”. Ejemplifiquemos con un caso descrito anteriormente.

Aunque se trataba de presos y no había consentimiento con conocimiento, había resistencia: *“Los reclusos eran en gran parte sin educación y supersticiosos.’ La mayoría creía que estaban siendo debilitados’ por las frecuentes extracciones de sangre”... “Al prometérselos penicilina y tabletas de hierro, “en su mente no veían la relación entre la pérdida de ‘un gran tubo de sangre’ y los beneficios de una pequeña pastilla” (Reverby, 2011). Algún paciente luego de los raspados y la primera aplicación de la emulsión “huyó de la habitación y no apareció sino hasta dos horas después con la gasa aún en su lugar” (Reverby, 2011). Solución: “esta resistencia y dificultad de manejar a los prisioneros sugirió que quizás los estudios de las serologías podrían hacerse de mejor forma en otro lugar” (Reverby, 11). Es prácticamente imposible que algunos de los profesionales experimentando con la gente, hubiera tenido idea o respeto por las creencias populares, asunto ya ampliamente estudiado y conocido por la antropología médica de la época.*

Porque, en efecto, en muchas culturas del mundo se estima que el sacar sangre provoca un daño al cuerpo, y aquí no está hablándose de creencias religiosas imperantes en el mundo occidental, sino en sistemas de creencias y conocimientos de sociedades que no tienen por qué pensar con la lógica occidental. Eso es lo que sucede entre el mundo mesoamericano indígena de Guatemala. Ya quedó documentado este elocuente caso en los experimentos descritos hasta aquí:

“Esfuerzos por recoger muestras secuenciales de suero revelaron que la mayoría de los internados eran reacios a someterse a muestras sanguíneas. ‘La mayoría de ellos pensaba que estaban siendo debilitados por la extracción semanal o bisemanal de 10 cc de sangre’ y dicho temor ‘no podía ser contrarrestado por promesas o por real administración de penicilina para la sífilis y de tabletas de hierro para reemplazar la sangre” (CDC, 2011).

La relación entre los grupos asume en ciertas condiciones una dimensión política, así como en los contextos de género, asumen dimensiones sexuales. Aludiendo a lo primero, en la misma fenomenología pueden situarse factores atinentes a la interrelación social de las personas. Puede hablarse incluso de la relación de experimentos con factores políticos, que de alguna manera se discutirán en la sección respectiva. El siguiente caso es explícito, pero desgraciadamente no discute ni ofrece detalles que ofrecerían luz a la ejecución de los experimentos: *“Otros sujetos recibieron penicilina por otras razones, incluyendo ‘razones políticas’, ‘razones de seguridad antes de su partida’, ‘por razones de temor por no haber sido completamente tratados’ o ‘a causa de pronunciadas tendencias homosexuales” (CDC 2011). Esta falta de explicación demuestra que todo análisis médico*

y biológico, debe acompañarse de disciplinas que estudian las otras facetas del ser humano.

3. EVALUACIÓN DEL EXPERIMENTO

3.1 ¿Tuvo algún valor científico? Consideraciones metodológicas

Uno de los principales argumentos para la realización de estos experimentos fue el avance de la ciencia y para evaluar esta posibilidad, más allá de las otras discutidas en este documento, en este apartado se revisan los aspectos metodológicos que permitirán conocer si se obtuvieron resultados de utilidad para la medicina.

3.1.1 Estudios experimentales de gonorrea

Un estudio experimental involucra, además de la observación del paciente, una manipulación o experimentación de uno de los grupos, idealmente teniendo un grupo control. En uno de los documentos clasificados como “Secreto-Confidencial”, fechado el 29 de Octubre de 1952 se describe detalladamente los experimentos con gonorrea. El documento omite la descripción del país donde se realizó el estudio y solo menciona “En el país donde se condujo este estudio, la prostitución está autorizada” y justifica la realización del mismo en ese país dado que es una “costumbre aceptada, tanto en la vida militar como civil”. (Secret-Confidential, 1952) El primer paso consistía en determinar el porcentaje de infección por la exposición a una mujer infectada. El primer problema encontrado fue la dificultad para reclutar mujeres para el experimento y consiguieron “varias”. Desafortunadamente el documento contiene un signo de interrogación en el lugar del número total de las mujeres reclutadas y por eso no se puede hacer un cálculo de la muestra. Dado que no era posible esperar a que la prostituta desarrollara la gonorrea, se le inculó de 5 a 14 días antes de requerir sus servicios. (Experimento No 3 1947) La inoculación se hizo insertando un hisopo húmedo con pus de un caso agudo de uretritis gonocócica de un varón. El hisopo se insertaba en el cérvix y se frotaba con “considerable vigor”. Desde el punto de vista metodológico, esto presenta tres problemas:

1. La inoculación deja espacios para introducir sesgo en el estudio.
2. La fuente de exposición a gonorrea no tenía el diagnóstico confirmado de gonorrea
3. El rango de exposición a la gonorrea no era específico.

Respecto a la inoculación, en que parte del cérvix se hacía el frote? Qué es

“considerable” vigor? Ambas variables son fuentes de sesgo que no hacen que la inoculación sea estandarizada en las mujeres. Dado el diseño del estudio, es fundamental que la exposición estuviera bien definida. Esta es una fuente de sesgo de clasificación, donde una mujer se la podía clasificar como “portadora de gonorrea” cuando en realidad al momento de “requerir sus servicios” no se había confirmado el diagnóstico de gonorrea. Esto lo confirma en documento donde dice “Ninguna de las mujeres de este modo infectadas mostraba evidencia de infección aguda....” (Secret-Confidential, 1952) Además, dada la naturaleza infecciosa de la enfermedad, cuyo tiempo de incubación en mujeres es variable, el rango de la exposición a la bacteria podría ser casi tres veces mayor en unas mujeres comparadas con las otras (no es lo mismo una mujer que estuvo expuesta a la gonorrea hace 14 días que aquella expuesta hace 7 días). Los investigadores, sabidos de las limitaciones del diseño del estudio, decidieron incluir solo a aquellas mujeres cuyos contactos dieron cultivos positivos para gonorrea. (Secret-Confidential, 1952)

A las prostitutas se les dio instrucciones de no aplicarse ninguna ducha el días del experimento y no se podían lavar entre cada exposición. Por su parte, a los “voluntarios” se les autorizó tener contacto con las prostitutas infectadas. Esto representa otro sesgo del estudio. Como se describe en el experimento No. 3, la duración del contacto varía de individuo a individuo, en un rango desde 2 minutos hasta 13 minutos. (Experimento No 3 1947) Esta variable, particularmente en un experimento de profilaxis de una enfermedad infecciosa, es una fuente importante de sesgo. Para saber si la profilaxis era realmente efectiva la exposición debía haber sido homogénea.

El control de los pacientes era estricto y fue una de las razones para seleccionar el hospital y la base militar para el estudio. Todos los hombres eran examinados una semana antes y dos semanas después de la exposición experimental para evaluar infección. Además, los soldados estaban en cuarentena, bien supervisados, y sin contacto con el exterior por lo que no había posibilidad de contacto sexual con mujeres y la “homosexualidad reportada como “muy poco común entre los soldados del estudio.” (Secret-Confidential, 1952) En este caso, al menos en los soldados, el estudio contaba con una muestra controlada que no tenía exposición con otras mujeres además de las del estudio. Sin embargo, no hay ninguna mención del hospital donde las condiciones son diferentes.

De acuerdo al documento, dada que la infección luego de la exposición con la mujer “infectada” fue tan baja (3.6%) tuvieron que recurrir a la inoculación artificial. (Secret-Confidential, 1952) Este método dio tasas de infección más altas que si permitieron la evaluación de la profilaxis. Para inocular a los sujetos con gonorrea se utilizaron dos métodos: inoculación superficial (tasa de infección 54%) y profunda (98%). La superficial

es aquella generalmente utilizada en el “laboratorio bactericida” (se lee borroso en el documento). Esta utiliza un hisopo húmedo con pus del pene de un hombre con gonorrea aguda y busca contaminar solamente la fosa navicular del pene. La profunda, la que se usaba en los estudios de profilaxis, utiliza palillos con un poco de algodón envuelto el cual contiene pus fresco del pene de un sujeto con gonorrea aguda. A diferencia de la superficial, la profunda introduce el palillo aproximadamente “ $\frac{1}{2}$ ” dentro de la uretra, y es cuidadosamente frotado sobre la membrana mucosa, tanto hasta como para causar dolor”. (Secret-Confidential, 1952) A pesar de que los métodos de inoculación están bien descritos es obvio que el sujeto a estudio e investigador van a introducir muchas variables imposibles de controlar que sesgarán la inoculación (ej. dolor, algodón, profundidad de la inoculación, tiempo de la inoculación).

Respecto a la profilaxis, todos los sujetos (casos y controles), orinaban en el mismo intervalo luego de la inoculación. La solución era estándar durante todo el estudio (mapharsen-orvus) y se aplicaba al meato y glande. El médico que aplicaba la solución hacía énfasis en que entrara la solución en la uretra. Posteriormente se le indicaba al sujeto que debía dejar que el pene seicara espontáneamente y no orinar durante al menos una hora luego de la aplicación de la profilaxis. A pesar de que la preparación de la solución era estándar durante todo el experimento, no se puede controlar cuanto de la misma ingresaba realmente en la uretra y cuanta se esparcía por el glande y meato. Por último, se describe “Solución adicional se agregaba si era necesario...”(Secret-Confidential, 1952) Por consiguiente, la cantidad de profilaxis realmente aplicada a los sujetos, así como la inoculación, no estaba estandarizada entre sujetos. Se describe otro tipo de inoculación directa en la uretra. Esta consistía en una inyección intra-uretral de 4 cc. de mapharsen-orvus o 10% de solución argyrol que era retenida durante 5 minutos (Secret-Confidential, 1952) A pesar de que no se describe, se asume que la solución de argyrol es el placebo. En caso de serlo, no está descrito como se aleatorizó a los pacientes a la profilaxis activa o al placebo. He aquí otra fuente de sesgo.

Tanto la inoculación como la aplicación de la profilaxis están sujetas a sesgo del investigador. Se debió cegar al investigador para que este no supiera que sujetos eran casos y quienes controles. Como esta descrito el estudio, es posible que el investigador hubiera aplicado la profilaxis de manera más cuidadosos en aquellos que sabía que los habían inoculado comparado con aquellos que no los habían inoculado. Por aparte, no se menciona el uso de un placebo que hubiera sido lo ideal para asegurarse que ambos grupos seguían las mismas prácticas luego de las inoculaciones con gonorrea y aplicaciones de profilaxis.

La selección de los pacientes, particularmente en un estudio experimental, es fundamental para asegurar su validez aunque a veces se tenga que sacrificar la generalización del estudio. En este caso, como resultado del interés de los médicos del Ejército Nacional, los pacientes del servicio de Enfermedades Venéreas del Hospital Militar y otras unidades fueron seleccionados. Respecto a los pacientes del hospital, se selecciono a pacientes que estaban recibiendo arsénico por sífilis. Durante el estudio no recibieron penicilina, pero una vez terminada la observación, se les administro penicilina. Por lo tanto, solo está descrita la población de donde se recluto a los sujetos pero no hay una adecuada selección de la muestra.

El análisis estadístico muestra que los pacientes que tuvieron una “inoculación superficial” y recibieron la solución profiláctica 15 minutos después tuvieron significativamente ($p < 0.001$) menos infección que los controles. A los que se les aplico la solución 60-75 minutos y 1 and 1.5 horas luego de la inoculación tuvieron porcentajes de infección que no se diferenciaban de los controles. Sin embargo, otro experimento donde solo se aplico un lavado con 10% argyrol (de la misma manera que se aplico el mapharsen-orvus) también mostro porcentaje de infección menor comparado con los controles. Adicionalmente, cuando se comparó a los dos grupos, mapharsen-orvus y lavado con 10% argyrol, no había ninguna diferencia en las tasas de infección.

Se describe también un intento de utilizar penicilina oral para la profilaxis de gonorrea en pacientes con inoculación superficial. Desafortunadamente el documento no es legible al final y en varias partes adicionales por lo que no se puede concluir nada al respecto de la profilaxis oral.

A pesar de que estadísticamente está bien hecho el análisis, es el diseño del estudio lo que introduce sesgo y no basta con mostrar valores estadísticamente significativos. Otro problema metodológico que sufre el estudio es la posibilidad de contaminación entre el grupo control y el experimental. A pesar de que se intentó hacer un experimento y tener a los sujetos controlados, la exposición y posterior profilaxis a estudio no estaba bien estandarizada por lo que no es posible tomar el estudio como concluyente.

3.1.2 Estudios de sífilis

En un documento fechado en 1955 se describen como objetivos del estudio de sífilis se definieron los siguientes:

- Obtener información acerca de la profilaxis contra sífilis
- Aumentar la comprensión de los efectos de la penicilina en el tratamiento de la sífilis
- Asistir a mejorar la comprensión de la pregunta de las pruebas serológicas falsas positivas para sífilis.

- Fortalecer el conocimiento de la biología e inmunología de la sífilis en hombres. (Part I, 1955)

En ese mismo documento se mencionan los avances en la investigación de sífilis. Muchos de estos avances provienen de investigaciones en conejos (incluyendo los experimentos de 1943 de Mahoney y Arnold para descubrir que la penicilina cura la sífilis). La profilaxis con 0.15% de mapharsen and 1.0% de alkyl aryl sulfato (orvus) también había sido probada en conejos (estudios in vitro había probado lo mismo para la gonorrea). (Part I, 1955) Sin embargo, a pesar de las similitudes entre el conejo y el hombre, “habían diferencias como falta de manifestaciones del sistema nervioso central, transmisión congénita, y diferentes respuestas serológicas en el animal” (Part I, 1955) Subrayado, y con una nota al borde de la página que dice “Key rationale” (razón clave) se lee que se requería “estudios pequeños cuidadosamente controlados con un grupo relativamente pequeño de individuos expuestos a un alto riesgo de infección” antes de que la preparación profiláctica se pudiera aplicar masivamente en las fuerzas armadas. Coincidentemente, durante este periodo, el entonces jefe de la División de Control de Enfermedades Venéreas de Guatemala, Dr. Juan M. Funes, recibía entrenamiento en el Veneral Diseases Research Laboratory (VDRL). Según el documento, subrayado y con un circulo, “él sugirió la posibilidad de conducir estudios cuidadosamente controlados en su país” [énfasis agregado]. (Part I, 1955)

El plan original del estudio incluía cooperación con el departamento de control de enfermedades venéreas del país que proveería oportunidades para realizar los exámenes serológicos. Sin embargo, cuando se expandió el programa de exámenes se hizo evidente que la respuesta serológica con las pruebas utilizadas en la población en estudio era muy diferente a la de los Estados Unidos. Esto sugería dos cosas:

1. La tasa de infección en la población era mucho mayor de lo que suponían, o
2. Habían factores “operativos” en la población que eran diferentes a los de Estados Unidos y Europa (la prueba daba mayores índices de seropositividad) (p. 11). (Part I, 1955)

El problema de la sensibilidad (verdaderos positivos) y especificidad (Verdaderos negativos) sugería un “tendencia al aumento de los falsos positivos” y sugería que el estudio de profilaxis sería “administrativamente” difícil. Por lo tanto, antes de iniciar cualquier estudio de profilaxis era necesario determinar el significado de una prueba serológica positiva para sífilis en esta población. (Part I, 1955) Esto implicaría determinar la sensibilidad y especificidad para sífilis en Guatemala. Para esto se requeriría una población con sífilis ya diagnosticada y una población sana. Por lo tanto se dieron a la

tarea de hacer estudios clínicos y serológicos que implicaban muestras de sangre en repetidas ocasiones para los prisioneros. Dado que la mayoría de presos era “no-educados y supersticiosos” les fue difícil de obtener muestras de sangre en repetidas veces. (Ver más adelante en la sección de contexto socio político). Además, dado que era difícil obtener la población sana dentro de la prisión (no hay grupo control) se decidió “cambiar de ángulo” (p.17). Esto implicaba hacer el estudio serológico en niños “por debajo de la edad de maduración sexual o iniciando su actividad sexual” (p.17). (Part I, 1955) Estos estudios demostraron la alta tasa de falsos positivos de la prueba de Mazzini y Kahn.

Los investigadores, reconociendo los problemas metodológicos que conllevaba la muestra (los prisioneros no colaboraban), hizo “impráctico continuar con el trabajo que había iniciado en conexión con la visita de las prostitutas para servir a los prisioneros voluntarios” (p. 20). (Part I, 1955) Consideraron además “terminar el proyecto entero o de otra manera abandonar la investigación en profilaxis, toda junta y concentrarnos solo en investigar los problemas serológicos” (p. 20). (Part I, 1955) Es obvio, por las notas del documento, que los investigadores (todos reconocidos expertos en sífilis) ya había reconocido los problemas metodológicos que contenía el estudio.

En el diseño experimental y manejo de los pacientes se tomó en consideración “trabajar de manera que tan pocas personas como fuera posible supieran de los procedimientos experimentales” (p.23). (Part I, 1955) Esto dada la experiencia previa y desde el punto de vista de relaciones públicas y personales. Esto presenta, tanto un problema ético, como metodológico pues el equipo de estudio tiene que trabajar con el mínimo personal para mantener el bajo perfil del estudio.

Una serie de problemas logísticos afectaban también la calidad del estudio introduciendo sesgo en diferentes etapas. A continuación se describen los encontrados en el documento (Part I, 1955)

- Frecuentemente pasaba una semana sin que logran extraer sangre o hacer una inspección visual del sitio de la inoculación. Este tiempo a veces incluía fases cruciales del período de incubación.
- Realizar los experimentos dependía y era influido por:
 - Disponibilidad del material infecciosos (los conejos infectados eran enviados desde USA)
 - Tener a los sujetos listos para la inoculación
 - Conflicto con feriados nacionales o religiosos durante los cuales los prisioneros podrían tener visitas
 - La rutina de la institución

- Solo había una sala de examen que era utilizada por todos los médicos y donde se debía examinar a hombres y mujeres.

Estos problemas logísticos, además de los efectos obvios en la calidad del estudio (examen genital, sífilis secundaria, etc.), complicaban más aun mantener el estudio de bajo perfil

3.1.3 Procedimientos experimentales

Se realizaron dos tipos de inoculaciones: aplicaciones de material infectado a la membrana mucosa intacta o raspada (usualmente del pene), Introducción del inoculo adentro o debajo de la piel, sin embargo, se lee “Muchas modificaciones de estas técnicas básicas se realizaron” (p. 26). (Part I, 1955) Dado el objetivo del estudio, la inoculación debió ser estandarizada para garantizar la exposición.

Respecto a los sujetos, el estudio no cuenta con claros términos de inclusión y exclusión y refiere que se seleccionaron en base a un “número” de factores médicos y personales. Se notan como importantes las consideraciones de la pena, pues no se querían sujetos que podrían ser liberados mientras el estudio estuviera activo o tuviera un “problema de comportamiento o homosexual [sic]” (p.27). (Part I, 1955) Otro problema que presentaban los prisioneros era que las prácticas homosexuales eran frecuentes, por lo tanto la contaminación de la muestra siempre era una posibilidad y dar resultados positivos por las prácticas homosexuales y no por el experimento.

Respecto al VDRL, el porcentaje de positivos fue de 6.5% antes y 6.9% después de los experimentos. Los investigadores no mencionan nada de la tasa de infección y enfocan sus resultados en la contaminación del grupo control y la posibilidad de contacto homosexual. Ambas las excluyen como posibilidades. Se puede especular, por los datos descritos anteriormente que el estudio ya se basaba en serología y no en la inoculación y experimentación como inicialmente se había diseñado.

La recolección de los datos de los expedientes médicos no era problema en la prisión pero si en el asilo. Contrario a la prisión, en este no se podía obtener la historia del paciente, y si se obtenía, levantaba muchas sospechas. Esto presenta otro problema de la muestra pero también puede introducir sesgo de selección. Donde aquellos pacientes que son incluidos son aquellos que tienen más información, pero también aquellos que tienen cierto perfil que pueden favorecer o no el objetivo del estudio. Idealmente se debió de haber recolectado toda la información del estudio de forma estandarizado, tanto dentro de cada institución como entre cada una.

La inoculación difería de la prisión y el asilo en las condiciones de trabajo y en cómo se manipuló a los pacientes. En la prisión solo se utilizó inyecciones intra-cutáneas, seguidas o no de penicilina. En el asilo, se utilizaron varias técnicas de inoculación y algunos pacientes requerían trato especial. Al igual que lo descrito anteriormente, no había claros criterios de inclusión ni exclusión ni una selección aleatoria de la muestra. Se seleccionaba a los “pacientes” luego de considerar su estado físico, probable duración de la institucionalización, posibilidad de seguirlos y cooperar, y si eran homosexuales o no (p. 31). (Part I, 1955) Esto sesga la muestra hacia cierto perfil de pacientes y limita sobre todo la posibilidad de generalizar los resultados.

En el asilo, el “sirviente” del hospital seleccionaba al grupo y los ordenaba en línea mientras leía sus nombres. El uso de los nombres era de particular importancia en el asilo. Muchos de los pacientes no sabían, no recordaban, o bien eran llamados por sobre nombres como “El paciente de San Marcos” (p. 32). (Part I, 1955) Esto representa una clara violación de la confidencialidad de los sujetos.

A pesar del cuidadoso registro de los nombres, los errores fueron frecuentes. Como describen, “...especialmente durante los periodos de extracción de sangre, porque los individuos se las arreglaban para cambiar los tubos numerados en el espacio entre el escritorio de registro y cuando llegaban ante el médico para la extracción de sangre.” (p. 32). (Part I, 1955) Se describe que estos eventos no eran comunes, pero un estudio bien diseñado debe de tomar estas precauciones antes de iniciar el trabajo de campo y no dejarlo al azar una vez iniciado el estudio.

El experimento de la inoculación que incluía aplicación de material en el pene tenía serios problemas para la selección de los sujetos. Se requería que estos: Fueran “*bastante tratables*” capaces de mantenerse de pie o sentados calmados en un solo lugar durante “*varias*” horas Tuvieran “*prepucio moderadamente largo*”(p. 31) (Part I, 1955). Los términos “*bastante*”, “*varias*”, y “*moderadamente largo*” son ambiguos y dejan a la interpretación del investigador de campo cómo se va a definir cada uno de ellos. Es de particular relevancia la definición de prepucio “*moderadamente largo*”, pues era considerado factor de riesgo para transmisión de sífilis y gonorrea. Sin embargo hace falta una definición clara del largo del prepucio que está asociada a aumento o disminución, de riesgo.

Como compensación, luego de una extracción de sangre o líquido cefalorraquídeo, se les daba un paquete de cigarros (“*locales*”). Si solo se trataba de una observación clínica les daban un sólo cigarro (p. 33). (Part I, 1955). En repetidas veces los pacientes regresaban por otro examen físico, extracción de sangre, o punción en la cisterna magna solo por los cigarros, que eran considerados muy valiosos en el asilo. No hay mención de los posibles

efectos adversos y la diferencia en riesgo entre una extracción de sangre y una punción en la cisterna magna. Independientemente de las consideraciones éticas de las prácticas, esto también representa fuente de sesgo. Idealmente, los examinadores y equipo del estudio debería haber estado cegada al tipo de paciente (inoculado o no). El hecho de que se les permitiera regresar solo para recibir más cigarrillos también representa un error en el diseño del estudio y sesgo del sujeto (regresan por los cigarrillos y no por el protocolo). Recibir compensación por ingresar a un estudio es una práctica que se justifica en algunos tipos de estudio. Sin embargo, en el presente estudio, como bien lo reconoce el documento *“Sin la disponibilidad de los cigarrillos el manejo de los pacientes que logramos alcanzar, sentimos, hubiera sido imposible.”* (p. 41) (Part I, 1955). Por lo tanto, en este caso los cigarrillos representan más que una compensación una manera de coerción de los pacientes, contamina la muestra (probablemente el número de fumadores era mayor que lo que era en la población en general) y limita la generalización de los resultados.

Los procedimientos para extracción de sangre y punción en la cisterna magna están descritos en el documento.(p. 37) (Part I, 1955). De particular relevancia es la punción en la cisterna magna para obtener líquido cefalorraquídeo. Si bien describen que de los *“cientos de punciones”* ninguna resultó fatal, a los pacientes les incomodaba tan poco que *“hacían línea un día tras otro para una punción y así recibir dos paquetes de cigarrillos a cada individuo examinado”*[subrayado en el original]. Dado el riesgo del procedimiento y que se trataba de un estudio experimental controlado, las punciones debieron de haber sido estandarizadas y no realizadas al gusto de los sujetos. Además, no hay ninguna mención de otros efectos adversos como infecciones asociadas.

Logísticamente hablando, las inoculaciones en el asilo eran un reto. Dado el tiempo limitado para la inoculación y manipulación de los individuos (los conejos venían de USA), había que manejar a grupos de hasta 40 individuos *“dementes”* en una sola mañana o tarde. Esto requería *“un alto grado de cooperación que consistentemente demostraba el staff.”* (p. 33) (Part I, 1955)

Las observaciones *“post-inoculación”* son otra fuente de sesgo. Los intervalos y frecuencia de las observaciones debieron ser similares (si no idénticas) entre los pacientes. Sin embargo, se describen como *“se intentó hacer las observaciones a intervalos regulares”*.(p. 34) (Part I, 1955) Y luego conforme aumentó el grupo experimental los intervalos de observación se alargaron. Esto es una violación al *“protocolo”* y haría más difícil la comparación de los grupos (la variable tiempo debería haber permanecido constante).

Para establecer el diagnóstico de sífilis en las lesiones accesibles se utilizaron “constantemente” los microscopios de campo oscuro. Para mantener la consistencia en el criterio diagnóstico sólo se utilizaron dos “microscopistas”, S.L. y J.C.C. Si bien esto podría ser una manera de garantizar la consistencia, no existe un análisis estadístico de cuantas veces los diagnósticos fueron comparados entre ellos y en cuantos diagnósticos hubo discrepancia. De haberse realizado correctamente el estudio, se debió de haber calculado una estadística kappa para calcular la concordancia entre observadores. En el caso de que el material fuera negativo pero la lesión era clínica de sífilis, se tomaban repetidas muestras. Esto puede ayudar al diagnóstico, pero también aumentar los falsos positivos (entre más pruebas, también aumenta la probabilidad de los falsos positivos). Cabe mencionar que cuando las lesiones ya estaban secas, particularmente en los presos, obtener una muestra era muy doloroso y en algunos presos no se pudo realizar microscopia.

Los pacientes luego recibían tratamiento con sífilis, que era administrada por los autores del estudio o dos estudiantes de medicina que trabajaban en el lugar en sus horas libres. La preparación y aplicación del medicamento esta descrito en detalle en forma estandarizada. Sin embargo, no se reportan efectos adversos de la administración. (p. 39) (Part I, 1955)

Los pacientes que recibían tratamiento para sífilis no terminaban el estudio. Unos “*estaban listos para ser utilizados de nuevo*” y otros “*continuaban recibiendo exámenes serológicos semanales*”. (p. 40) (Part I, 1955)

Una variable de confusión es aquella que tiene relación con el evento a estudio y con la exposición. En este sentido, la tuberculosis fue una variable de este tipo pues estaba asociada con la muerte de los sujetos pero a la vez era más frecuente en los sujetos en estudio. Como se menciona, había “una continua pérdida de pacientes por muerte, particularmente por tuberculosis”.(p. 40) (Part I, 1955) El objetivo entonces fue hacerle autopsias a todos los sujetos que morían. Sin embargo esto era difícil pues los coordinadores del estudio vivían lejos y muchas veces no tenían teléfono. Para solucionar este problema, se ofreció dinero (“*several dollars*”) a los trabajadores por cada muerte que notificaran. A partir de entonces, la mayor parte de sujetos recibieron autopsias. Si bien esto no introduce sesgo en el estudio, demuestra una falta de planificación e improvisación.

3.1.4 Técnicas del estudio

Para preparar los inóculos se utilizaban sifiloma testicular de conejo o un chancro humano. Los animales venían inoculados desde el laboratorio VDRL en Staten Island y enviados directamente a Guatemala. El sacrificio del animal y el procedimiento para la toma de la muestra testicular están bien descritos. Respecto al chancro humano, se utilizaba de la lesión del pene o de la piel de “donadores” humanos previamente infectados o seleccionados del servicio de enfermedades venéreas de los hospitales locales.(p. 43) (Part I, 1955) Se utiliza la palabra “donador” pero no existe ninguna mención de cómo el sujeto opto por donar la muestra.

La obtención de la muestra de los humanos era un problema más delicado. Se hacía una circuncisión (en el caso de la lesión en el pene) o incisión (en el caso del ante-brazo) bajo anestesia. Luego se procedía a tomar una muestra del chancro y a removerlo por completo y se seguían los mismos pasos que se utilizaron con el tejido testicular del conejo. El lapso de tiempo entre la toma de muestra del testículo y la aplicación al primer paciente usualmente era entre 45 a 90 minutos.(p. 46) (Part I, 1955). Esto es de vital importancia ya que la espiroqueta solo sobrevivía ese mismo tiempo afuera del organismo. A pesar de toda la planificación “siempre había un retraso de tiempo desde la entrada del inóculo a la institución hasta que el último paciente estaba listo para inocularse. Por lo tanto, el tiempo de contacto con cada individuo debió ser estandarizado y en caso no fuera posible, haber sido tomado como una variable independiente que también podía aumentar (o disminuir) el riesgo de contagio.

Se describen además 8 técnicas de inoculación (p. 47-50) (Part I, 1955) y el curso clínico de cada una de ellas (p. 1-18) (Part VI No year).

1. Inyección intercutánea. Se utilizaba una jeringa de tuberculina y dado la limitada cantidad de inóculo las agujas no se cambiaban y se usaban repetidas veces sin esterilizar. Se revisaba de “*tiempo en tiempo*” la virulencia del material. Esto presenta un problema de exposición, no solo a sífilis sino a otras enfermedades que se pueden transmitir por esta vía.
2. Aplicación local. Esta se hacía en el prepucio de los sujetos, algunos se les lavaba previo a la inoculación y a otros no. En aquellos con prepucio corto, se les colocaba cinta adhesiva para mantener el prepucio retraído. Como se mencionó anteriormente, el largo del prepucio es un problema metodológico y biológico del estudio.
3. Rasgadura y aplicación local. Es idéntica a la aplicación local, pero en esta se realizaba una rasgadura de 2 x 5 mm. El tamaño de la rasgadura en el lugar que deseaban hacerlo fue un problema, y como refieren, “*no infrecuentemente*

pequeños puntos de hemorragia se notaban".(p. 48) (Part I, 1955) Esto era algo que trataron de evitar para que la lesión fuera una leve rasgadura.

4. Presión múltiple. Es la misma técnica utilizada para la vacunación para el sarampión. Se realizaba en la región del deltoides.
5. Ingestión. Solo se realizó un estudio con este tipo de exposición.
6. Punción en la cisterna magna. Se inyectaba directamente el inoculo en el líquido cefalorraquídeo del paciente.
7. Intravenoso. Se inyectaba el material directamente en la vena cubital. Las jeringas se utilizaban repetidas veces y el desarrollo de una lesión en el sitio de la inoculación sugirió la posibilidad de contaminación de la superficie con *T. pallidum*.
8. Intercutánea y rasgadura. No hay una descripción detallada de la técnica.

Como se puede leer, eran múltiples las técnicas utilizadas en el estudio y la selección de cada paciente a cada técnica debió ser adecuadamente estandarizada para evitar sesgos e interferencia con variables de confusión (ej. Prepucio, edad, tiempo de la exposición). Además, *"En algunas circunstancias un individuo recibía una combinación de técnicas o era inoculado en dos sitios por dos diferentes métodos."*(p. 1) (Part VI No year). Dado que el estudio no buscaba comparar las formas de inoculación esta no es una limitante, sin embargo desde el punto de vista logístico resulta complicado dar seguimiento y atribuir la infección a tal o cual técnica de inoculación.

Respecto al análisis del desarrollo de la clínica y serología, se decidió hacerlo por observación *"regular"* o *"irregular"*. La observación *"regular"* era aquella que se realizaba en un intervalo de 7 días o menos durante el cual la lesión, u otra manifestación clínica, o serológica se desarrollaba. Si la observación se desarrollaba a intervalos mayores que este periodo *"crítico"* se consideraba *"irregular"*.(p. 2) (Part VI No year). El problema metodológico reside en que no se hizo un seguimiento detallado de los pacientes por varias razones (sobre carga de pacientes, feriados, viajes de los investigadores, dificultad en el manejo de los pacientes) y *"tal vez pasaban varias semanas para la observación clínica"*. (p. 2) (Part VI No year). Finalmente, como lo describen en el reporte, *"en la infección experimental algunos pacientes no tenían un periodo de incubación en el sentido usual."*(p. 3) (Part VI No year).

3.1.5 Efectos adversos

Si bien no se ha podido localizar una sección específica de efectos adversos, se han localizado varios en los documentos. Por ejemplo, en una carta de Elliott Harlow en Guatemala al Dr. Mahoney (Director del VDRL) se describe una sospecha de caso de G. C. (se asume gonorrea). El paciente fue examinado al día siguiente de iniciar con ardor al

orinar. Sucede que este sujeto no era reclutado para el estudio sino era el “prisionero-secretario del hospital de la penitenciaría y que había tenido contacto con una de nuestras mujeres asalariadas que nosotros creímos que no estaba infectada. Yo no pude evitar reírme de la ironía de la situación.” (Harlow). Esta mujer, “*está dejando su profesión para casarse y no está ya disponible*”. Estos son claros ejemplos del poco control que existía sobre el personal a estudio y la poca fiabilidad de las infecciones que produjeron (o no produjeron).

En el asilo, dado que a los pacientes se les aplicaba sulfato de magnesio intravenoso para controlar la epilepsia, uno de estos tuvo trombosis venosa por lo que ya no fue posible obtener muestras de sangre del mismo. (Cutler J 1948 (a)) En otro caso, referente al uso de penicilina para tratar la sífilis, “*Un paciente desarrollo estatus epilepticus durante el curso de penicilina acuosa para sífilis primaria en el 6to día, y a pesar de los esfuerzos para controlar la condición, murió. Se sabía que tenía constantes, severos ataques y problemas para el manejo de la epilepsia antes del trabajo experimental.*” (Part IV, No year)

3.1.6 Financiamiento y presupuesto

Todo proyecto de investigación formal y bien diseñado debe de tener un presupuesto de los gastos estimados. Este deben incluir reactivos, salarios, compensación a sujetos, materiales relacionados con el estudio y costos indirectos (ej. apoyo secretarial, electricidad, alquiler de clínicas), entre otros. Así como no se logro localizar un protocolo completo en los documentos de Cutler, tampoco se pudo localizar el presupuesto del estudio. Sin embargo se localizaron varios documentos que dan una idea de cuánto costó el estudio. Según un documento anónimo del 30 de Abril de 1948 titulado “Obligation Report. V.D. Guatemala Project” el presupuesto por año era de \$113,473.44. De salarios presupuestados eran \$40,000 de los cuales gastaron \$38,077.84. (Obligation Report 1948) El salario para dos médicos guatemaltecos era de \$1,800 al año. (Obligation Report 1948) Por aparte se estimo que gastarían \$800 en “Suministros Médicos: penicilina, etc....”.(Obligation Report 1948) El salario mensual del Dr. Funes como “medico encargado del desarrollo de los programas de investigación actuales” era de \$125.00 y el del médico del asilo, Dr. Julio Salvado era de \$100.00. (Cutler J 1948 (b)) Además de los salarios, se incluiría “al menos \$50 por mes se necesitaran para pagar los cigarros de los pacientes del asilo, el correo, y para pagar ayuda en la autopsia...”(Cutler J 1948 (b)).

Dentro del presupuesto y para “*evitar repercusiones políticas*” dentro de la prisión, “*es muy probable que debemos pagar al hombre o bien nada o un paquete de cigarros o jabón u otros ítems por cada extracción de sangre.*” (Cutler J. 1947) Como se mencionó anteriormente, este tipo de compensación introduce sesgo en el estudio. Ya que solo van

a colaborar aquellos que fumen o estén dispuestos a recibir jabón por la extracción de sangre. Otra carta de Cutler a Mahoney, de Mayo 1948, menciona como *“discutimos gastar como \$1500.00 para cobrarse como pago a los voluntarios.”* (Cutler J 1948 (a)) Esto sin embargo no se pudo constatar en el resto de documentos, sin embargo hubiera involucrado que a los individuos se les invitara como voluntarios y se les remunerara por su colaboración. Si esto se dio, cambia el tipo de sujeto a estudio y las consideraciones metodológicas y éticas del estudio.

A las mujeres que fueron parte del estudio de profilaxis de gonorrea se les compenso por su trabajo. Según un documento anónimo de 1947, a cada una de les pagó \$25.00. (Experiment No. 2, 1947) Sin embargo no es posible establecer si se les pago por cada contacto sexual o por cada inoculación de gonorrea.

Respecto a la finalización del estudio, una carta de Mahoney a Cutler describe a fecha para finalizar el estudio el 30 de Junio (fecha en que termina el año fiscal en USA) de 1948. Sin embargo, luego se lee que debían mantener “dos médicos locales en el puesto con el propósito de continuar la observación de cierto grupo de pacientes.” Estos dos médicos serían Funes y Salvado. (Mahoney JE 1948)

3.1.7 ¿Valor científico?

Los estudios realizados de gonorrea y sífilis en Guatemala sufren de serios fallos metodológicos. A pesar de no contar con un protocolo completo, por lo anteriormente descrito se pueden identificar múltiples fuentes de sesgo y variables de confusión. Si bien estas últimas se pueden corregir en el análisis (multivariado o estratificado), el sesgo es un error en el diseño del estudio que no se puede corregir. Los cambios frecuentes en la metodología muestran la improvisación del estudio y la poca formalidad con la que los investigadores lo abordaron. Si bien estos cambios son permitidos en la actualidad, hay un procedimiento estandarizado para hacer cambios en el protocolo, comenzando por contactar al comité de ética para poder realizarlos. Una primera afirmación que emerge de este análisis es que estos estudios **no tienen ningún valor científico**, amén de las evidentes violaciones a la ética y al derecho de los sujetos utilizados.

Según los documentos revisados, el costo económico de los estudios no fue trivial y dada la nula contribución a la ciencia se puede concluir que fueron fondos mal invertidos. Además de que los experimentos se debieron de terminar anticipadamente por los fallos metodológicos, es obvio por la literatura publicada que los experimentos no contribuyeron en lo más mínimo al campo del estudio de la sífilis.

4. CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO

4.1 Algunas interrogantes

Una vez descritos sumariamente los experimentos humanos en 1946 – 1948, cabe preguntarse si éstos se explican por sí solos. Seguramente no. El contexto sociopolítico de la época en la que ocurrieron los hechos constituye entonces, una perspectiva imprescindible para comprender las circunstancias que permitieron tales hechos.

Pocos acontecimientos históricos de Guatemala suscitan hasta ahora tanta polémica como el referente a la llamada Revolución de Octubre de 1944. Para abundar más el conflicto, justamente en el 66 aniversario, la resonante noticia internacional de los experimentos en la Guatemala de aquella época. Se han lanzado desde entonces opiniones precipitadas tanto en pro como en contra de la Revolución de Octubre. Esto demuestra que el abordaje y análisis de lo acontecido es además de médico, también social, político y cultural.

Se debe partir de preguntas pertinentes para no dar respuestas simplistas, como las que se han ventilado en los medios escritos de estos días. ¿Por qué se dio eso en nuestro país, pobre entre otros pobres? ¿Qué condiciones internas y externas lo permitieron? ¿El ofrecimiento personal de un médico – estudiante guatemalteco, constituyó fuerza suficiente para inducir a las más altas autoridades de salud del Gobierno de Estados Unidos a utilizar a un pequeño y dependiente país como jaula de laboratorio? ¿O hay otras condiciones menos personales? ¿Hasta dónde llegó el papel del Dr. Funes en comparación con la de sus influyentes colegas estadounidenses?

¿Estuvo Arévalo enterado? En caso no hubiera estado enterado ¿quién de los funcionarios informó qué y hasta adónde del contenido de las investigaciones? Y de todas maneras, ¿encaja eso en el perfil del ideario y las acciones de la Revolución y el de Arévalo? Para varias de las preguntas anteriores quizá no se tengan respuestas concretas por el momento. Pero sí el contexto explicativo.

En esta sección se analizará dicho contexto sociopolítico mediante 3 abordajes: 1) El primero, de carácter objetivo, el significado histórico de la Revolución de Octubre a través de sus hechos demostrables. 2) El segundo, de carácter impresionista, con las ideas de Arévalo sobre aquellos hechos, 3) El tercero, la interpretación del contexto anterior frente a los hechos.

4.2 Precedentes históricos de la Revolución de Octubre

La Revolución de Octubre de 1944 consta de 3 períodos: la Junta Revolucionaria de Gobierno, el Gobierno del Dr. Juan José Arévalo y el Gobierno del Coronel Jacobo Árbenz. La primera triunfa el 20 de octubre de 1944 y el último concluye el 27 de junio de 1954. ¿Cuál fue la simiente de la Revolución de Octubre? ¿Qué fue lo que la nutrió? ¿Cómo evolucionó? Para responder adecuadamente, examinemos de manera muy breve sus antecedentes históricos.

¿Qué fue y contra qué fue la Revolución de Octubre de 1944? Fue una rebelión básicamente urbana contra el régimen “liberal” que durante prácticamente tres cuartas partes de siglo, prohió 3 de las 4 mayores dictaduras unipersonales de la historia guatemalteca: la de uno de sus fundadores, el general Justo Rufino Barrios (directamente 12 años, indirectamente 14), la del licenciado Manuel Estrada Cabrera (22 años) y la del General Jorge Ubico (14 años).

A su vez, el régimen liberal iniciado con la Revolución Liberal de 1871 y dirigida por los militares Miguel García Granados y Justo Rufino Barrios, fue la respuesta al inmovilismo de la vetusta y prolongada dictadura conservadora neo – colonial, en la que un dictador perpetuo tenía a todos los poderes del Estado dentro de su puño. La educación era de pobre calidad, dogmática y renuente a los avances de la ciencia positiva. La Iglesia ejercía censura eclesiástica a todo material de lectura. Sin embargo, el régimen conservador mantuvo cierto proteccionismo al enorme sector indígena y logró con ello apoyo popular y estabilidad política a Guatemala desde mediados del Siglo XIX. Igualmente logró la restitución de la territorialidad nacional.

Contra esa inmovilidad nació, creció y triunfó el movimiento liberal en junio de 1871. En su principio, moderado y tolerante, pronto se impuso la corriente radical gobernando despóticamente. El liberalismo constituyó la substitución de una dictadura por otra. El racismo de los liberales contra las etnias indígenas fue ostensible y ello se transmitió hasta connotados estadistas y literatos. Por ejemplo, Jorge García Granados (descendiente del líder liberal): *“El indio...presenta indudables síntomas degenerativos. ...Adolece de estrechez frontoparcial y su índice cefálico es menor que el normal.”...Su inteligencia ... no está muy por encima del primitivo instinto...”* (Historia Popular de Guatemala, 1998).

Entre las más importantes políticas liberales estuvo la separación de la Iglesia y el Estado el cual se convierte el laico; libertad de cultos; el sistema educativo se vuelve secular y la Universidad se abre a las ciencias positivas. Se propugna por la idea del progreso y la modernización, se inicia la construcción del ferrocarril interoceánico abriendo así la

comunicación hacia el exterior hasta entonces casi inexistente. La creación de sendos puertos en los dos océanos (San José en el Pacífico y Puerto Barrios en el Atlántico) para la exportación de productos agrícolas, esencialmente café.

Dentro de los cánones del liberalismo, se consideró al indio un ser inferior y obstáculo para el desarrollo y el progreso en el nombre de los cuales se le despreció y explotó mediante trabajo forzado (al igual que a los prisioneros) aún más. Muchos recursos naturales e infraestructura fueron entregados a empresas extranjeras, básicamente de Estados Unidos. El Ejército recurrió al reclutamiento forzoso de indígenas, secuestrados de sus casas y sementeras y llevados abruptamente a los cuarteles y no se suprimió sino hasta la firma de los Acuerdos de Paz, a finales del Siglo XX. Otro fenómeno negativo fue la supresión de la libertad de opinión, la persecución y ejecución política sin juicio o con farsas legales.

El Gobierno expropió las tierras comunales indígenas y las entregó a los nuevos finqueros ladinos para expandir el cultivo extensivo de café. Los indígenas, ya sin tierra, se convirtieron en mano de obra “libre” obligada a trabajar para el finquero ladino, quien fijaba el salario y sometía al indígena paupérrimo a endeudamiento permanente con la misma finca, pudiendo dictar prisión por deudas que encadenaba por tiempo indefinido al campesino y a sus descendientes.

En 1877 se emitió el llamado “Reglamento de Jornaleros”: Al finquero le garantizaba la provisión de mano de obra básicamente indígena. Se utilizó la farsa de que se enganchara obligatoriamente al indígena: *sacarlos “del estado de miseria y abyección en que se encuentran, es crearles necesidades que adquirirán por medio del contacto con la clase ladina...”*

Las dictaduras liberales del Siglo XX (Manuel Estrada Cabrera, 1898 – 1920 y Jorge Ubico) recurrieron al sistema de delación, terror, servilismo, inmovilismo pues todo dependía de las órdenes del dictador. Ubico (1931-1944), construyó caminos en casi todo el país pero con mano de obra indígena. Realizó una ostentosa obra en edificios públicos aunque no en salud ni escuelas. Debe mencionarse también campañas de saneamiento y otras de prevención sanitaria (desde antes de ser Presidente). Además, políticas económico – laborales que llevaron a que los ingresos superaran a los egresos, si bien a costa del ingreso de las personas. Y como cauda, logró sanear las finanzas del país y pagar toda deuda.

Sin embargo, sus aspectos negativos superaron lo anterior. Al igual que Estrada Cabrera, Jorge Ubico ejerció una férrea dictadura desde el principio, reprimiendo drásticamente cualquier manifestación de crítica, más de oposición (como escarmiento recurrió a

fusilamientos tempranos por motivos políticos). El suyo fue un sistema de aislamiento, prohibición, vigilancia y persecución de ideas. Los literatos eran vistos como vagos o comunistas (lo cual era delito gravísimo).

Imperó la prohibición de organizaciones obreras y sindicatos, de lecturas, de movilización, de reunión y agrupación, de libertad de prensa. Abolió las autonomías (municipal, universitaria). Anuló absolutamente el poder legislativo y judicial. El poder del Presidente, más que descansar en el Ejército, fue privilegio de la Policía, estableciéndose un gobierno de espionaje. *“Persiguió al crimen, hizo obra de sanidad pública y liquidó toda deuda nacional...En cambio, la instrucción pública siguió siendo una bochornosa y triste farsa”* (Samayoa Chinchilla). En nombre del combate al robo y en el campo, permitió a los finqueros a ejecutar personas que calificaran de invasoras adentro de sus propiedades. En 1933 promulgó la llamada Ley de Vialidad por la cual los hombres tenían que pagar impuesto para construcción y mantenimiento de caminos; quienes no pudieran pagar el impuesto, debían trabajar forzosa y gratuitamente durante dos semanas (obviamente, los indígenas y ladinos campesinos pobres).

En 1934, se emitió otra ley, la Ley contra la Vagancia: quienes no cultivaran un mínimo de tierra propia, debían demostrar que trabajaban como asalariados en fincas (con una libreta extendida por los dueños de las fincas) y quienes no pudieran comprobarlo, eran forzados a trabajar en obras públicas o en las tierras de finqueros o en obras públicas durante 100 ó 150 días. La “Ley Fuga” consistía en fusilar “ipso facto” y por la espalda a prisioneros incómodos para el régimen, aduciéndose que habían tratado de fugarse al trasladárseles de un lugar a otro.

Ubico admiraba profundamente las dictaduras fascistas (Hitler, Mussolini, Franco). En la II Guerra Mundial permaneció neutral hasta cuando Estados Unidos entraron a la misma: en el acto, junto con Estados Unidos, declaró la guerra al Japón y a los escasos 3 días a Alemania e Italia, confiscó sus bienes, deportó a alemanes a EEUU, clausuró los colegios alemanes existentes en el país. Tal sumisión contrastaba radicalmente con su despotismo al interior. Autorizó el establecimiento de bases militares de los Estados Unidos en el territorio nacional.

Verdadero factor de poder en Guatemala fue la empresa bananera, United Fruit Company (UFCO) que recibió del gobierno liberal de Manuel Estrada Cabrera la infraestructura que funcionaba desde el Siglo XIX y cuantiosas cantidades de tierras, quedando exonerada del pago de impuestos de exportación y del impuesto de puertos. Además, se le regalaron las instalaciones portuarias de Puerto Barrios, el principal puerto de Guatemala. La flota de la

UFCO (“Gran Flota Blanca”) controlaba la mayor parte de las exportaciones y pasajeros de Guatemala. Durante el mismo Gobierno se entregó al estadounidense Minor C. Keith la finalización de la línea férrea y todo lo construido desde Justo Rufino Barrios con fondos nacionales. En concreto, la totalidad de toda la línea férrea, el material rodante del Ferrocarril del Norte (propiedad del pueblo guatemalteco), además de las instalaciones portuarias de Puerto Barrios, 1,500 caballerías de tierra por 99 años. La IRCA (compañía ferrocarrilera estadounidense) absorbida por la UFCO propietaria ya de las líneas nacionales, recibió la zona aledaña a la vía férrea y las líneas telegráficas; se extendió hasta la frontera mexicana y a El Salvador. La UFCO tenía la tierra, las instalaciones portuarias, las vías férreas para el transporte del banano y de pasajeros, su subsidiaria la IRCA era la única vía de comunicación con el Atlántico y luego recibió la concesión para nuevas líneas férreas). La adquisición de tierras se extendió a otras partes del país como la Costa Pacífica. Otras empresas de Estados Unidos controlaban el servicio de cable internacional (Tropical Radio Telegraph Company), las radiocomunicaciones anteriormente del Estado guatemalteco. El servicio eléctrico también fue entregado a una compañía estadounidense (Electric Bond and Share) por presiones del gobierno estadounidense.

“Los otros artículos de exportación, el banano y el chicle, estuvieron controlados por empresas estadounidenses. En el período estudiado (1900-1944), se aprecia un notorio incremento del control estadounidense en la economía nacional. Sectores esenciales (como el transporte ferrocarrilero, los muelles, la electricidad, el cable internacional) pasaron a su propiedad, así como algunas industrias (tabaco), con lo cual la economía nacional estuvo, como nunca antes, controlada por empresas de un solo país.” (Historia Popular de Guatemala, 1998).

La contraparte de esta sumisión fue la ideología de supremacía geopolítica y raciológica imperante en los Estados Unidos desde el Siglo XIX. Por ejemplo, las doctrinas Monroe, la del Destino Manifiesto y la política del Gran Garrote.

La Doctrina del Destino Manifiesto: Sobre el supuesto de que Dios eligió a Estados Unidos para ser una potencia y una nación superior, en 1845 se atribuyó la potestad de “extendernos por todo el continente que nos ha sido asignado por la Providencia” y de ahí fueron anexados a Estados Unidos, extensos territorios en su mayor parte, mexicanos, desde el centro hasta el Pacífico. En 1890 se extrapoló al extranjero. intervención de Estados Unidos. Por la llamada **Doctrina Monroe**, Estados Unidos no tolerará potencias europeas en América. “América para los americanos”. “América tiene un hemisferio para sí misma.”

La política del “Gran Garrote” (“The Big Stick”): el Presidente Theodore Roosevelt en 1901, advirtió a la región antillana y centroamericana de una intervención armada si no se cumplían los intereses estadounidenses. Y lo cumplió: apoyo a la separación de Panamá contra Colombia para construir el Canal (1903); ocupación militar de la República Dominicana (1916-1924); ocupación militar de Cuba (1906-1909); ocupación militar de Haití (1915-1934). Ocupación y anexión de Puerto Rico. Intervención en Nicaragua contra Sandino. Intervención en Guatemala (1954). Invasión de Granada, luego de Panamá (casi 20 en total) y después, la intervención abierta en los conflictos internos del área centroamericana. El argumento fue defender los intereses de las enormes compañías económicas estadounidenses allí establecidas, primero presionando (“hablar de manera suave”) y luego, recurriendo a la intervención armada.

Este sistema fue creando en la sociedad actitudes de sumisión ante el poder, miedo crónico, violencia contenida o desatada, falta de solidaridad, egoísmo social, discriminación, racismo, falta de un elemento unificador, falta de cohesión nacional, sumisión a lo extranjero como inexorablemente mejor que lo propio, ignorancia de las corrientes mundiales, falta de preparación política, falta de metas nacionales y ceguera ante la miseria. Todo este proceso, más la retracción económica (debida a sus políticas económicas regresivas), agudizó las contradicciones interclase e intraclase y fue dando, a la par de la violencia de Estado, una violencia social contenida. El fin de Ubico fue más rápido de lo que la rudeza de su régimen permitiría haber augurado. Era ya grande el hastío del pueblo, el temor había llegado al punto de catarsis, los triunfos aliados en la II Guerra Mundial y el colapso del fascismo en Europa estaba a la vuelta de la esquina y con ello, el triunfo de las ideas democráticas que el dictador no podía silenciar.

Y así fue cómo a pesar de esta situación, fue generándose una necesidad sentida de cambio político, quizás la presión juvenil, sobre todo urbana, talvez producto de la demografía, sin duda el producto de las ideas libertarias en el mundo sumado a la pobreza de la mayoría de la población, se conjugaron para un desenlace protagonizado por los

universitarios y los maestros. Y así surgió la Revolución de Octubre de 1944. Y con ella, una nueva Guatemala de lleno en el Siglo XX.

4.3 La Revolución de Octubre del 44 durante el Gobierno de Arévalo

La insurrección juvenil de maestros y universitarios entre junio y octubre de 1944 llevó al derrumbe del dictador Ubico y de la sucesión militar que éste había designado. La insurrección de junio fue casi enteramente civil y la de octubre fue cívico militar. La Junta Revolucionaria triunfante se conformaba por gente joven (39 Años el Mayor Francisco Javier Arana, 35 el civil Jorge Toriello y 30, el Capitán Jacobo Árbenz). Inmediatamente conformaron un Gabinete de Gobierno conformado por personas de reputación y sin nexos ni pasado con partidos ni gobiernos, sin afiliación ni antecedentes.

Esta Junta desarrolló una impresionante actividad sin precedentes pues en poco más de 4 meses, revolucionó el país y lo introdujo al Siglo XX: fueron 89 decretos los que dieron vuelta al anacrónico sistema político al alero de nuevas corrientes ideológicas y políticas mundiales. El decreto "Principios Fundamentales de la Revolución de Octubre" incluyó, entre otras cosas: la descentralización del Poder Ejecutivo; separación de los 3 Poderes del Estado; alternabilidad en el poder; elecciones populares; no reelección; derecho de rebelión cívica; autonomías (del Poder Judicial, de las Municipalidades; de la educación superior estatal); partidos políticos sin restricciones ideológicas; sufragio obligatorio secreto o público; ciudadanía de la mujer; política para alfabetización (con la consideración de que el analfabetismo mantenía dictaduras); Ley de Titulación Supletoria (fundamental en un país donde la usurpación de tierras por latifundistas era práctica cotidiana); Ley de Contratación del Trabajo Agrícola; Código Laboral (premonitorio del futuro Código de Trabajo); institucionalización del trabajo como un derecho (golpe al sistema semi feudal de reclutamiento forzoso ejercido por los grandes finqueros); prohibición de latifundios (origen de la futura Reforma Agraria); apoyo gubernamental a cooperativas agrícolas e indígenas. Estas políticas modernizantes se legislaron entre finales de octubre 1944 y principios de marzo 1945.

El 15 de marzo de 1945 entró en vigor la nueva Constitución y tomó posesión el Presidente Juan José Arévalo, dándose fin a la configuración antagónica decimonónica de liberales y conservadores. El Presidente Juan José Arévalo era pedagogo, doctor en Pedagogía y Filosofía, catedrático en la Universidad de Tucumán, Argentina, de donde fue intempestivamente llamado a participar en las elecciones guatemaltecas, escritor. Socialista pero anticomunista decidido, buscó establecer como política de Gobierno y norma de convivencia su proyecto de "*Socialismo Espiritual*" que postulaba todo en torno a la dignidad humana. Atendiendo proyectos anteriores, en su gobierno se creó, *inter alia*,

la seguridad social (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en 1946); el Código de Trabajo (el primero en la historia del país) en 1947; normas para la protección laboral y sindical en 1949; Confederación de Trabajadores de Guatemala; trajo asesores sindicales; se emitió la Ley de Arrendamiento Forzoso (a favor de los campesinos y contra los grandes terratenientes y latifundistas).

Se fundan las apetecidas carreras humanísticas en 1945; se establecen estudios de psicología y periodismo. Dentro de una amplia labor patrimonial, se funda el Instituto de Antropología e Historia; el Instituto Indigenista Nacional; el Conservatorio Nacional de Música; la Orquesta Sinfónica Nacional; la Escuela de Bellas Artes; la gran escuela coral con el oficial Coro Guatemala; el arte de la danza con el ballet mediante el Ballet Guatemala; la editorial del Ministerio de Educación y su línea editorial popular asequible a todas las personas (Biblioteca de Cultura Popular 20 de Octubre). Se lanza campaña de alfabetización; programas de educación rural; se fundan numerosos institutos de enseñanza media. Arévalo tuvo como política de gobierno traer asesorías extranjeras con expertos especialistas para que enseñaran y formaran cuadros académicos y científicos en muchos campos: humanidades, desarrollo social; economía; salud; educación. Además de traer expertos, estableció un programa permanente de becas al exterior en el campo de las artes.

Toda esta política le granjeó dificultades con sectores conservadores que alentaron o hicieron conspiraciones (se han llegado a asumir alrededor de 30). Se considera un error estratégico el de haber entrado tempranamente en enfrentamientos con las dictaduras de Nicaragua, República Dominicana y Honduras por diversos medios, entre ellos la armada Legión del Caribe. Entró en disonancia con Estados Unidos, donde las leyes laborales y de tierras eran vistas desde la perspectiva de la poderosa empresa bananera, United Fruit Company, opuesta a las políticas de Arévalo, quien logró el retiro del embajador estadounidense Richard Patterson y la expulsión del agregado militar de la Embajada de Estados Unidos, el coronel Devine, por su "*bien probada*" participación en el complot de abril de 1948. (Arévalo 1998) y en general, por lo que consideró su abierta intervención en los asuntos internos del país y su confabulación con la UFCO y otros sectores conservadores complotistas.

Esta revisión sociopolítica entre Guatemala y Estados Unidos no estaría completa sin aludir a su sucesor, el coronel Jacobo Árbenz, quien asumió el Gobierno en marzo de 1951. Su programa de Gobierno puede sintetizarse en lo siguiente: recuperación de la soberanía nacional en la salida al Atlántico; recuperación de la soberanía nacional en las instalaciones portuarias del Atlántico; recuperación del control nacional en la generación de energía eléctrica (ninguna de éstas nacionalizando las empresas estadounidenses sino

creándoles competencia); transformación económica para hacer de Guatemala un país capitalista desarrollado aboliendo las relaciones semif feudales supervivientes en el campo y aumentando la capacidad productiva y adquisitiva; punto fundamental de esto fue la reforma agraria. Este programa de liberación económica y política de un país sujeto a los intereses de Estados Unidos entrañaba un profundo sentido de dignidad nacional.

Clamaron públicamente por la subversión los sectores conservadores y el poder agrario, la compañía frutera, el embajador estadounidense John E. Peurifoy; el Gobierno de Eisenhower tomó partido oficial con la empresa por medio del Secretario del Departamento de Estado, John Foster Dulles y su hermano, el director de la CIA Allan Dulles, quien además era socio de la firma de abogados de la UFCO. A esta campaña se unieron las dictaduras del área. El Gobierno de Eisenhower decidió derrocar al Presidente Árbenz. El embajador Peurifoy habló sin ambages. Estados Unidos convocó en Caracas a una Conferencia de la Organización de Estados Americanos, OEA, para condenar a Guatemala y allanar el camino internacional para la invasión (sólo hubo un voto en contra: la propia Guatemala y 2 abstenciones: México y Argentina). La CIA lanzó la Operación Success (Éxito) y el 18 de junio de 1954 se inició la invasión de Guatemala desde Honduras, con apoyo de aviones y pilotos estadounidenses. El mismo embajador John Peurifoy, con implementos militares monitoreaba el paso de los aviones y la guerra misma⁷. Todo terminó el 27 de junio cuando Árbenz, sin medios efectivos para mandar a las tropas, hubo de renunciar a la Presidencia, terminando así el proceso democratizador.

“Jacobito, knock-out!; “Con estas palabras inició sus declaraciones el señor John E. Peurifoy, embajador extraordinario y plenipotenciario de los Estados Unidos de Norteamérica, en la República de Guatemala. “La conferencia se celebraba en el salón de recepciones de la embajada. Mister John E. Peurifoy había recibido a los corresponsales en perfecta caracterización de campaña; camisa kaki, barba de setenta y dos horas y revólver texano a la cintura...Eran las tres y media de la tarde del domingo 27 de junio de 1954.

“Jacobito, knock-out!- volvió a repetir su excelencia, saboreando las palabras....esta noche a las nueve, Jacobito hará pública su renuncia por la radio....

“Este bastardo (Árbenz) aún se cree con poder para imponérsenos. Lo dejaremos que por última vez diga lo que quiera....

“Peurifoy no cabía de gozo en su pellejo. “...le expuse (a Díaz, presunto sucesor de Árbenz) mis condiciones: salida de Árbenz del país y limpieza completa de comunistas.

“... -¿Y usted, adónde irá ahora, señor embajador?

“Pregúnteme adónde quisiera ir. Me encantaría que me enviaran a Italia o a Indochina. Hoy por hoy, son los baluartes más fuertes del comunismo.”....

“¿Cuál ha sido el momento más duro de la lucha? “-Cuando Árbenz quiso armar a las hordas.

“¡Pero usted había tomado todas las medidas!

“-¡Sí!...y el Ejército no me ha fallado.”

(Revuelta, 1980)

4.4 El ideario de la revolución democrática de octubre en escritos de Arévalo.

Ante el primer aviso internacionalmente difundido en octubre de 2010 de los experimentos humanos en Guatemala, la ubicación de los mismos en el período del Presidente Arévalo hizo que, para muchos, la sorpresa fuera mayor. Con el paso del tiempo, se ha vuelto un lugar común afirmar que ha sido el mejor Presidente que ha tenido Guatemala. Independientemente de la veracidad de esto ¿Cómo era posible que fuera precisamente durante su mandato de índole social y popular que hubiesen ocurrido estos experimentos con gente pobre y vulnerable? Una primera pregunta inevitable fue: ¿por qué en Guatemala? Y una segunda: ¿Por qué durante el período de la Revolución democrática de Octubre? Cualquiera la respuesta, en ese contexto histórico social de Guatemala XX, deben encuadrarse los experimentos.

En esta sección se recogen fragmentos de los numerosos discursos de Arévalo y algunos otros documentos, con el objetivo de tener una imagen de su pensamiento respecto de temas cruciales de la política nacional y que son atinentes a las respuestas. Por un lado, estuvo el objetivo de encontrar mención presidencial a dichos experimentos; por el otro, poder en lo posible desentrañar de alguna forma su modo nacionalista de pensar y apreciar a la sociedad nacional.

4.4.1 Su visión socio antropológica guatemalteca.

Sobre la problemática étnica indígena, Arévalo escribe: Que lo indígena sea mayoría no es lo grave *“sino que esa mayoría carece de unidad racial, de unidad lingüística, de unidad de costumbres.... De allí la enorme dificultad de penetrar en ellas con un mismo programa, con unos mismos equipos, con unos mismos misioneros, con una sola lengua”*. Es equivocado el criterio de *“incorporar al indio a la cultura occidental”*. Desde su propia cultura habría que *“incitarlos a su propio desarrollo... a su rápido desenvolvimiento económico y financiero”*. No se puede planificar desde arriba sin los indígenas y por eso convocó a un Congreso de Maestros Indígenas (Arévalo 1998). Más allá de los linderos étnicos, Arévalo al tomar posesión en 1945 habló de la protección al trabajador, al campesino, al enfermo, al anciano y al niño (Arévalo 1987(a)).

En contraste, Jorge García Granados, Presidente del Congreso, a tono con una ideología dominante en América latina, escribía: “Físicamente el indio...presenta indudables síntomas degenerativos....adolesce de estrechez frontoparcial y su índice cefálico es menor que el normal... Es cobarde, triste, fanático y cruel. En cuanto a su inteligencia...no está, en lo general, muy por encima del primitivo instinto. Es inútil tratar de hacer comprender algo a un indígena...el látigo es su ley...No tiene ambiciones ...su pedazo de tierra, aunque no la sabe cultivar...el castigo le hace bien pronto volver a su humildad.” (J. Daniel Contreras en Historia popular de Guatemala, 1998).

4.4.2 Su posición nacionalista.

Así como Arévalo admiraba la democracia de Estados Unidos y al Presidente Roosevelt, así rechazaba la injerencia basada en el poder político – económico de este país y de otras potencias. Nos dice: La Revolución de Octubre fue el destronamiento de la dictadura *“sin la aquiescencia de los EEUU, que no la obstaculizaron”* coincidentemente, porque se encontraba ocupado con la II Guerra Mundial (Arévalo 1998).

Propugnó la reunificación de Centroamérica porque: *“... todavía somos cinco Repúblicas pequeñas, expuestas al manotón de un (Imperio) ambicioso...”* (Arévalo 1998). Al embajador estadounidense Boaz Long: *“Si ustedes han tenido gran amistad con el dictador nazi que fue Ubico, con el demócrata Arévalo esas relaciones tendrán que ser más estrechas. Guatemala seguirá siempre al lado de Estados Unidos, pero de pie, no de rodillas.”* (Arévalo 1998). Escribe que para impedir la promulgación del Código del trabajo, *“los representativos de la República de mercenarios que había sido Guatemala se valieron de todas...sus influencias en los mercados internacionales...los vi moverse con desesperación de naufragos o con insolencia imperial...”* (Arévalo 1998).. *“Latinoamérica ha vivido defendiéndose de la intromisión imperial... Inglaterra y Estados Unidos en la primera mitad del siglo XX”* (Arévalo 1998).. *“El Petén ha estado expuesto a una disimulada colonización extranjera: mexicana, británica o estadounidense.”* (Arévalo, 1998)..

Respecto de la compañía frutera United Fruit Company (UFCO), Arévalo escribe que para el futuro Código de Trabajo, los trabajadores la emprendieron *“contra las garras imperialistas (la United Fruit Company, la IRCA, la Compañía Agrícola de Tiquisate)...”* que conspiraba *“...en resguardo de sus cuantiosos intereses, amenazados por el Código del Trabajo y por la futura Reforma Agraria”*. *“La United Fruit, montada en su potro de no reconocer el Código del Trabajo, rechaza el 18 de ese mes una petición de alza de salarios”*. Mil trabajadores de Tiquisate, fueron despedidos por la *“Empresa norteamericana.”* Tuvo en mente un proyecto, nunca materializado, de crear una flota guatemalteca llamada a *“liberar nuestros puertos del vasallaje a que nos tenía sometidos la United Fruit Company con su gran Flota Blanca.”* La prensa *“reaccionaria ofrecía sus páginas a los anuncios de la United Fruit y de industrias norteamericanas que respaldaban a Ubico y Ponce”* *“Al Gobierno arevalista...no le hacían falta los auxilios de la pinza imperial llamada United Fruit...”* (Arévalo, 1998).

Acerca del embajador de Estados Unidos, Patterson, escribe que *“El hombre pequeño escogido por la United Fruit para derribar a Arévalo...”* *“No se dio cuenta de que el pequeño país estaba gobernado por hombres que no deseaban desempeñar el papel de títeres...”* (Arévalo, 1998). Justificó la nueva Ley de Petróleos, porque detrás de los yacimientos *“andaban las voraces empresas norteamericanas, con sus habituales métodos de soborno.”* (Arévalo, 1998).

4.4.3 Su visión de las izquierdas y las derechas

A la par de su izquierdismo moderado, Arévalo siempre dejó bien en claro su oposición al comunismo, cosa que sus adversarios nunca creyeron. En sus *“Reflexiones para comprender la situación política de Guatemala en noviembre de 1949”* expone: *“el comunismo es irrealizable en cualquier lugar de la tierra y en cualquier época de la vida del hombre.”* *“El comunismo es contrario a la naturaleza humana, es contrario a la psicología del hombre...”* *“...de ahí la superioridad de la doctrina democrática”* .” (Arévalo, 1987(b)). Pero su izquierda nacionalista queda perfilada así: *“... los grandes finqueros del país llegarán a admitir, tarde o temprano, de buena o de mala gana, la quiebra del feudalismo económico representado por las ganancias “monstruosas” de una familia, mientras los mozos se mueren porque no tuvieron a tiempo unas pastillas de quinina para curarse... el ‘patrón’ no podrá nada contra las leyes sociales – que en Estados Unidos se dictaron hace cien años y hasta ahora se ‘importan’ a Guatemala.”* (Arévalo, 1987(b)). *“En el mundo moderno, desde Cromwell y Robespierre hasta Roosevelt, la corriente social y política izquierdista crece constantemente... sin detenerse”* (Arévalo 1987(b)).

Siempre en la sección *“Reflexiones para comprender la situación política de Guatemala en noviembre de 1949”* de la obra citada arriba, Arévalo critica posiciones ideológicas *“de derecha”* en la Facultad de Medicina: *“He aquí por qué la petición de la directiva de la A.E.M. (Asociación de Estudiantes de Medicina) redactada en términos de ultimátum (ultimátum sugiere rendición), provocó ... un movimiento de desconfianza de parte de los trabajadores organizados* (Arévalo, 1987(b)).

Acerca de funcionarios públicos en torno suyo, adversa al Dr. Bianchi, quien fue su Ministro de Salud, por volverse *“antiarevalista”* (lo cual es importante en el asunto de los experimentos humanos). En el Organismo Ejecutivo: mosaico desde la extrema derecha (Toriello, Bianchi, Guirola) hasta la izquierda socializante (Acevedo, Galich). *“En el centro ‘democrático’, Arévalo se ve a sí mismo como de “izquierda democrática nacionalista”* pero la heterogeneidad de elementos escogida por él mismo lo obligaba a moverse *“pesadamente”* (Arévalo, 1987(b))

En 1947 da las gracias a Marroquín Rojas, Álvarez y Bianchi *“que pasaba ya de los ochenta años, necesitaba descansar”* (Arévalo, 1998). *“Renace el Partido Centroamericano, del Dr. Bianchi, para luchar contra.... el comunismo...y contra Arévalo.* (Arévalo, 1998). La escisión entre ambos es ya evidente.

4.4.4 Infraestructura de salud y protección social

La preocupación de Arévalo por la salud aparece con frecuencia en sus comunicados. Menciona en 1947, que se construyeron 8 Consultorios en la capital para gente pobre. Se destinó casi medio millón de quetzales más que en el Gobierno anterior para asistencia hospitalaria (Arévalo 1987(a)). Entre las inauguraciones, menciona la Escuela de Enfermeras y nueve hospitales, así como continuaciones, ampliaciones y reparaciones. Se continuó la campaña contra el tifus y la TBC. (Arévalo, 1998).

En lo referente a la niñez, menciona la creación de *Guarderías, comedores, Jardines de Vacaciones, Maternidades Cantonales, Hospital Infantil en Puerto Barrios, la Ciudad de los Niños para huérfanos* en 1949 (Arévalo 1998).

En los Centros penitenciarios se mejoraron *“las condiciones materiales de alojamiento para garantizar la reclusión higiénica”... “se han comprado implementos para uso diario de los presos. Se fundaron los Patronatos de cárceles”* para cooperación y vigilancia. Y el *presos adultos, ha desaparecido definitivamente.” “Delincuencia en el país: fenómeno directamente vinculado con la situación psicológica y económica.”* (Arévalo, 1987(a)).

4.4.5 Políticas en el campo de la salud.

En el segundo informe al Congreso, 1947, el Presidente menciona la aprobación de la Ley del Seguro Social Obligatorio elaborado por técnicos extranjeros contratados, inaugurándose el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en enero, 1948” (Arévalo 1987(a)). Se lamenta de que el Proyecto del Código de Trabajo hubiera contado con la *“... Oposición de algunos médicos de mentalidad aristocrático – capitalista”*.

Ya desde 1946, Arévalo le dio gran importancia al primer *Congreso Hospitalario* con médicos nacionales de todas las tendencias. En 1947 el Dr. Luis Galich se constituye en Director General de Sanidad y el Dr. Guillermo Balz, Subsecretario de Salud Pública. Acerca de las Instituciones de salud atinentes a los experimentos, se ha buscado con especial atención entre los escritos citados, todo lo que en palabras del Presidente Arévalo tuviera que ver, directa o indirectamente, con los experimentos humanos. Como resultado expondremos tal como aparecen, citas textuales de Arévalo.

En el Tercer informe al Congreso, 1948, el Presidente Arévalo expone que *“en febrero de 1947 se fundó el Instituto Nacional de Investigaciones Científicas, con el fin de estudiar los problemas biológicos del país... funciona dentro de la Dirección de Sanidad Pública y se halla dirigido por un sabio guatemalteco de renombre científico.”* (Arévalo 1987(a)). Ahí mismo el tema que nos ocupa es de relevancia al mencionarse que en julio de 1947 se llevó a cabo la 1ª. Asamblea General de Cirujanos Militares *“para tratar del plan profiláctico venereológico de emergencia. A la mencionada Asamblea asistieron los médicos y cirujanos que prestan sus servicios en el Ejército.”* (Arévalo, 1987(a)). En la misma oportunidad, nuevamente el tema es aludido así: *“la reorganización del Hospital Neuro psiquiátrico, con el asesoramiento de técnicos extranjeros... con los Ministerios de Educación y Asistencia Social se desarrolló un ciclo de conferencias sobre materia psiquiátrica, a cargo de eminentes sabios extranjeros invitados por el Gobierno. Como consecuencia... quedó fundada la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Guatemala, con sede en el Hospital Neuro-psiquiátrico.”* (Arévalo, 1987(a)).

En breves notas sobre los acontecimientos mundiales más relevantes, el Dr. Arévalo dice de los procesos contra los nazis literalmente lo siguiente: *“El Tribunal de Nüremberg dicta sentencias y son ejecutados los principales prisioneros nazis.”* (Arévalo, 1998).

4.4.6 Programa con expertos extranjeros

Característica notoria del gobierno de Arévalo fue la política de traer a muchos profesionales extranjeros relevantes en varios campos, para proporcionar conocimientos avanzados a un país tanto tiempo aislado. ¿Puede ser que Cutler haya pasado dentro de esa marea de profesores extranjeros? Leamos a Arévalo:

“La experiencia médica de los cirujanos norteamericanos y europeos en los hospitales próximos a los campos de batalla vino en ayuda de nosotros, con medicamentos y técnicas recién descubiertos. Eminentes médicos norteamericanos fueron invitados a visitar Guatemala para escucharlos y seguir sus indicaciones” (Arévalo, 1998).

“La Oficina Sanitaria Panamericana estableció un laboratorio serológico en Sanidad Pública, donde se adiestran varios médicos guatemaltecos” (Arévalo, 1998). En el Quinto Informe al Congreso en 1950: *“En el Laboratorio de Serología y Centro de Adiestramiento se realizaron cursos de serología con duración de 14 semanas y a los cuales concurrieron representantes de todos los países de Centroamérica, Panamá y Haití”. “Notables experiencias sobre el tratamiento de la sífilis se han hecho bajo la dirección de este centro.”* (énfasis nuestro) (Arévalo, 1987(a)).

Y en diez párrafos relativos a logros en salud, aparece en la última línea lo siguiente: “A la ciudad de Guatemala le tocó ser elegida sede del II Congreso Americano de Venereología verificado en abril y mayo de 1948.” (Arévalo 1987(a)).

Hasta aquí lo extraído de los numerosos escritos referentes a su ejercicio presidencial. No se incluyó nada del resto de la extensa obra escrita del Presidente por considerarla no directamente de relevancia para el tema bajo estudio.

4.5 Argumentos para un análisis político de los experimentos

Cuando ocurrió la divulgación de los experimentos humanos en Guatemala en la década de 1940, la noticia reveló que se hablaba del régimen democrático del Dr. Juan José Arévalo, cuya fama correspondería a otro perfil, pero no deja de haber dudas justificadas que yuxtapuestas con certezas ayudan a delimitar mejor la estructura de responsabilidades. Hay referencias de total certidumbre y aspectos que de momento, sólo aceptan dudas e inferencias. En lo que sigue se trata, en esencia, de no hacer apologías “*ad hóminem*” ni caer en lo opuesto. El objetivo de este trabajo es dilucidar la verdad hasta donde se pueda con los recursos actuales.

Indudablemente cierto es que el Presidente Arévalo tomó el poder en una Guatemala atrasada y aislada. Él mismo tenía que aprender a gobernar, nunca había estado en posiciones de poder político en Guatemala. Esto lógicamente puede ser fuente de riesgos y de error. No le favorece el que él mismo se encargue de expresar una altísima autoestima, casi narcicismo, y en sus escritos no se recuerda encontrar la palabra “error” o “fracaso”, lo cual se parece mucho a una falta de autocrítica. Por ejemplo, se empeñó desde el principio en establecer la unión centroamericana, pero el proyecto no pasó de ser un sueño que perturbó aguas en el Salvador y en la misma Guatemala.

Pero en lo que no vaciló nunca en sus 6 años de mandato, fue en que su gestión constituyera una ruptura radical con las tiranías anteriores. Sus informes y proclamas así como los datos reales evidencian un trato humano a la niñez, a los prisioneros, a los desvalidos. Sus errores políticos, que no fueron pocos, pueden no corresponder al campo de esta experimentación. A la luz de la distancia y experiencia histórica, no hay duda que se cometieron errores o al menos, actitudes que pudieron haberse evitado, pero en éstas no aparece ninguna que haya sido de lesa humanidad. Pero por otra parte, es indudable que este Gobierno, aunque contó con líderes destacados, dependía en buena medida de viejos cuadros burocráticos y administrativos que pertenecían y se habían formado en la dictadura. O sea, la revolución no había tenido tiempo de formar sus propios cuadros.

Era sin duda un demócrata ferviente, ya manifestado desde años atrás en su repulsión al ubiquismo. En consonancia, odiaba al hitlerismo (y se asume, a sus prácticas genocidas) así como al fascismo de Mussolini y de Franco (rompió relaciones con éste y reconoció a la República española en el exilio). Rompió asimismo con ominosas dictaduras de la región lo que a la postre empedró el camino del Gobierno. Guardaba una admiración genuina por la democracia estadounidense y tenía por el Presidente Roosevelt un respeto superlativo (recordar que su nombre se dio al Hospital y a la ruta a Occidente). Pero a la vez se opuso radicalmente a políticas expansionistas y hegemónicas de Estados Unidos que casi siempre tenían por blanco a los países de esta región americana (*"imperialistas"* las llama constantemente). Como se vio en la sección correspondiente, su choque con la compañía bananera (UFCO) fue constante e indudable por dicha razón. El gobierno de Arévalo fue el primero en América Latina que expulsó a un embajador de la poderosa nación del norte, así como al agregado militar. Está documentado que una fuerte opinión en Estados Unidos se inclinaba a considerarlo comunista en pro de la Unión Soviética (escritos, palabras y acciones durante y después de su Gobierno dicen lo contrario). El factor geopolítico que no debe pasarse por alto es que dicha época era la del nacimiento de la llamada *"Guerra Fría"*, según la cual Estados Unidos no iba a tolerar ningún "peligro" en su *"Patio Trasero"* y cualquier manifestación de independencia se calificaba como peligrosa. Más aun con la reciente victoria contra el fascismo en Europa y en Asia.

Así como Arévalo respetaba las instituciones democráticas y en especial las estadounidenses, más de una vez menciona en sus escritos también su respeto por los avances científicos de dicha nación y concretamente, por sus técnicos en salud a quienes invitó a venir a Guatemala. Para humanidades, Europa y América Latina. No se concretó a ese campo, sino que, reconociendo el atraso del país y tratando de situarlo en una vanguardia latinoamericana, mantuvo como política de gobierno traer expertos extranjeros en diversas ramas: en medicina, seguro social, agronomía, humanidades, pedagogía, arte y música. Y casualmente o no, Cutler entró a Guatemala en ese escenario de apertura a científicos del exterior, ciertamente afanándose por mantener en secreto en Estados Unidos lo de los experimentos. (él y sus superiores en aquel país así lo escribieron entre sí). Está documentado pues, que hubo secretividad por parte de Cutler y su equipo.

Hasta aquí las certezas sobre las circunstancias que rodean al Presidente Arévalo. Sin embargo hay duda en cuanto a otras y en tanto no se obtengan más detalles, no podemos sino hacer conjeturas razonadas y razonables. Por ejemplo: Arévalo sabía o se documentó sobre políticas sociales en leyes de trabajo, educación, humanísticas, política exterior. Pero nada apunta a que tuviera conocimientos precisos de asuntos médicos. Cabe preguntarse: Además de mencionar brevísimamente esas acciones por la sífilis ¿conoció

Arévalo los detalles de esas “*experiencias interesantes*” que menciona? En todo caso: ¿qué significa “*experiencias interesantes*”? ¿Involucra necesariamente “*experimentos*”. Y más aún: ¿“*experimentos en humanos*”?

Más preguntas razonables: si hubiera conocido los detalles ¿los hubiera permitido? Y si los conoció: ¿cómo explicar la paradoja entre las probadas acciones sociales de su gobierno y los experimentos humanos? Si por el contrario, no los conoció ¿dónde se rompió la cadena de información y por quién? Él mismo cuenta que algunos de sus ministros no siempre le eran leales en ideas y acciones políticas. En consecuencia: ¿podían haberle ocultado o tergiversado acciones y cosas de sus ministerios?

El sigilo demostrado del Dr. Cutler ¿sería para protegerse solamente de opiniones adversas en su propio país o también para que el presidente Arévalo los desconociera? La Dra. Reverby argumenta que preocupado por lo antiético de los experimentos, Cutler insistía en mantener reserva sobre los mismos, por lo que la científica estadounidense deduce que el Presidente Arévalo “*no conocía completamente las interioridades de la situación*”.

Todos sus escritos y acciones concretas apuntan a retratar a un estadista de izquierda moderada, culto, humanista, benefactor que incluso se jactaba de su paternalismo social. Se autoproclamaba de Izquierda moderada y se jactaba de haber creado la doctrina social que llamó “*Socialismo Espiritual*”, la cual definió exhaustivamente como su doctrina de gobierno sintetizándola en la dignidad de todas las personas. ¿Encaja en tal perfil la figura de un experimentador en seres humanos? ¿O no son datos suficientes?

Si sus informes al Congreso de la república son fuente de datos, conviene examinar cómo se construyeron. Práctica usual ha sido que una oficina de la Presidencia solicite la información anualmente a todas las dependencias del Estado con el objeto de presentar el informe anual del Organismo Ejecutivo al Congreso de la República. La oficina de la Presidencia recibía los informes de cada dependencia y éstas resumían las principales actividades del año con libertad de expresarse en espacio y conceptos, aun cuando eventualmente pudieran haberles sugerido la extensión de lo escrito. La oficina de la Presidencia reunía toda esa información y la incorporaba a un proyecto de informe, ponderando la eliminación o adición de algún aspecto del trabajo de dicha dependencia. Los informes no solían ser muy detallados y podía darse la situación de omitir datos que eventualmente podrían ser importantes (Molina Calderón,2011).

El sigilo del Dr. Cutler ofrece amplio campo para la deducción ponderada. Ni defensa ni condena prematuras. Por ahora y con lo disponible, la respuesta no puede ser categórica y queda en cada quien.

5. CONTEXTO DE LA SALUD

5.1 Influencias internacionales

Es importante contextualizar los hechos que nos ocupan pues ocurrieron en el período posterior a la segunda guerra mundial, un conflicto que había dejado cerca de 60 millones de muertos y el mundo dividido en dos bloques liderados por dos países pertenecientes a los ganadores: Estados Unidos y la Unión Soviética. Estos estaban enfrentados en lo que se llamó la guerra fría, la cual alteró profundamente la dinámica de las relaciones internacionales en el mundo y en el caso particular de Guatemala, influyó los acontecimientos políticos de la época de nuestro interés.

En la Alemania del siglo XIX, en medio de un clima de agitación social, el canciller Otto Von Bismarck disolvió el Parlamento, encarceló a los diputados socialistas, pero rescató el proyecto por ellos presentado, y que sobre esa base habían surgido las leyes de enfermedad y maternidad, de accidente de trabajo y de envejecimiento, invalidez y muerte. Bismarck quería un sistema nacional uniforme excluyendo las compañías aseguradoras privadas con ánimo de lucro, no obstante se apoyó en las “sociedades de enfermedad” existentes (que eran sociedades privadas), y estableció un programa que pagaba por los servicios médicos y daba ayuda económica en los períodos de enfermedad y accidentes de trabajo para una determinada categoría de trabajadores. Las dos terceras partes de la prima la pagaba el empresario y el tercio restante el trabajador (Rossi, Rubilar 2007).

Este modelo “bismarckiano” había creado el primer sistema de medicina social y que inspiró la generación de los sistemas de seguridad social en el resto del mundo occidental, y aún cuando la Segunda Guerra Mundial frenó el desarrollo de estos procesos, su influencia permaneció hasta el período de las post guerra, siendo una parte esencial en los llamados Estados de Bienestar⁸. Esta propuesta de Estado fue desarrollada en Inglaterra, Rusia, Japón, Canadá, Chile entre otros.

En América Latina, este período de post Segunda Guerra Mundial se ha llamado el del Estado desarrollista y se asocia al desarrollo capitalista más avanzado, *“al contrario de lo que creían los economistas clásicos se empezó a pensar que el desarrollo económico y la modernización de la sociedad podían ser promovidos, ser el resultado de decisiones*

⁸ Estado de bienestar es un término de las ciencias políticas y económicas que designa propuesta política o modelo general del Estado y de la organización social, según la cual el Estado provee ciertos servicios o garantías sociales a la totalidad de los habitantes de un país. Es Estado de Bienestar se contraponen a la propuesta liberal en la que es el mercado el que asigna los recursos y no el Estado, el cual no debe intervenir en la economía.

racionales, de estrategias elaboradas y aplicadas mediante decisiones políticas desde el Estado” (PNUD 2010)

La dinámica de población y las relaciones sociales también se vieron re configuradas en este período de la historia *“en la post guerra (Segunda Guerra Mundial) surgieron nuevos intereses y aspiraciones sociales, el predominio de una población urbana, cambios en la estratificación social. Aparecen las clases medias, diferenciadas profundamente en su interior y caracterizadas por sus niveles de educación, el tipo de consumo y su activismo político” (PNUD, 2010)*

Si bien la segunda guerra mundial destruyó la infraestructura sanitaria en muchos países, y retardó el desarrollo de los sistemas de salud, también preparó las condiciones para el desarrollo de nuevos planes de cómo atender la salud de la población. En los países aliados, los sistemas de atención de emergencias dieron origen a un importante desarrollo de la logística y arreglos administrativos que contribuyeron a la creación de nuevos sistemas de salud; un ejemplo es Inglaterra donde bajo la influencia de los postulados de Beveridge, su servicio nacional de urgencias se convirtió en 1948 en el servicio nacional de salud, (Rossi Rublilar, 2007), uno de los más influyentes hasta la época actual. Es precisamente en la post guerra cuando se inicia lo que se ha llamado la primera generación de reformas de los sistemas de salud, creándose sistemas unificados y sistemas de seguridad social (OMS, 2000)

En el período posterior a la Segunda Guerra Mundial ocurren los juicios contra los nazis quienes habían infringido ofensas de lesa humanidad entre las que se contaban, más allá del exterminio masivo de personas, el haber realizado atroces experimentos con humanos. Estas ofensas dieron lugar a la proclama conocida como Código de Nüremberg, que se constituyó en la normativa ética de la investigación. Es en esa época también cuando se gesta la declaración Universal de los Derechos Humanos, donde se incluyen el derecho a: el trabajo, igual salario por igual trabajo, protección contra los efectos de la enfermedad, la vejez, la muerte, la incapacidad y el desempleo involuntario, el derecho a percibir un ingreso que asegure una existencia conforme a la dignidad humana, disfrutar un nivel de vida adecuado que garantice la salud y el bienestar, disponer de descanso y de tiempo libre, y tener un amplio acceso a la educación y la vida cultural de la comunidad. (Tejada Pardo, 2005).⁹ En la teoría de los derechos humanos se argumenta que los derechos individuales, también llamados civiles y políticos, son de tipo negativo pues solo

⁹ *Esta declaración de los Derechos Humanos generó tensiones y controversias entre quienes abogaban por los derechos individuales (civiles y políticos) y quienes se inscribían en la corriente de los derechos colectivos o Económicos, Sociales y Culturales. Con el devenir del tiempo esta tensión dio origen a dos declaraciones separadas en 1966 (OMS 2002)*

pueden ser quitados; mientras que los derechos colectivos como la educación y la salud son positivos pues necesitan la acción habilitadora del Estado para su garantía. (OMS, 2002)

El pensamiento sanitario de la época había evolucionado desde un enfoque sanitarista de principios de siglo, hacia otro donde se mezclaban diversos modelos explicativos del proceso salud-enfermedad, pero predominaba el modelo mono causal, basado en la teoría del contagio, este modelo, que había sido desarrollado durante más de un siglo, ya en la primera mitad del siglo XX había incrementado su influencia por el inmenso desarrollo que significó el uso extendido del microscopio que en ese momento ya utilizaba técnicas electrónicas, se habían descubierto más agentes causales de enfermedades y se estaban desarrollando nuevos enfoques de los antibióticos, quizás el avance más significativo fue el descubrimiento de la Penicilina.(Malavassi, 1999).

Dado el papel hegemónico de los Estados Unidos en el mundo, y su poderosa influencia en América Latina, los esfuerzos sanitarios se centraron en la protección de sus intereses económicos y estratégicos, asumiendo el liderazgo la Fundación Rockefeller, y, de la mano con su brazo técnico y operativo, la Oficina Sanitaria Panamericana (precursora directa de la Organización Panamericana de la Salud) se desarrollaron acciones sanitarias (fumigación, cuarentenas, investigaciones de nuevos tratamientos, entre otras) para proteger sus intereses en puertos y enclaves estratégicos, donde la población trabajadora era diezmada por la malaria y la fiebre amarilla. La Fundación Rockefeller fue uno de los principales vehículos para la introducción en el mundo de la salud en América Latina de los saberes de la época: la medicina tropical, la bacteriología, la inmunología, la eugenesia, la medicina social y la psiquiatría. (Malavassi, 1999).

5.2 Apuntes del contexto demográfico, económico y epidemiológico

En 1945, la población de Guatemala era de 3, 283,290 habitantes de los cuales el 56% declaraban ser indígenas, la esperanza de vida al nacer era de 42 años, de la totalidad de la población, el 85 por ciento se asentaba en el área rural; la ciudad de Guatemala era el mayor centro urbano (casi 300,000 habitantes) y solamente otras dos ciudades tenían más de 15,000 residentes. (Rivadeneira, 2001)

El 73 por ciento de la población económicamente activa se dedicaba a la agricultura, y el 13 por ciento se ocupaba en actividades relacionadas con la industria. La economía guatemalteca, estaba compuesta por tres sectores: la producción de alimentos y materias primas para el consumo doméstico, los cultivos de exportación y la incipiente

industria. El producto nacional bruto (PNB) para 1947-48 se estimaba en Q335 millones, del cual el 57 por ciento tenía como fuente la agricultura. El sector manufacturero representaba el 14 por ciento del PNB (Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales – ICEFI- 2007)

“El café y el banano comprendían alrededor del 90 por ciento de las exportaciones, seguidos de lejos por el chicle, el abacá y los aceites esenciales. En la agricultura destacaba, sin embargo, el marcado contraste entre “la pobreza de la agricultura doméstica de subsistencia y la prosperidad de la agricultura de exportación”. Ambas compartían el uso de métodos anticuados de producción que en la agricultura de subsistencia se definían por el empleo de herramientas rudimentarias y el desconocimiento de técnicas agrícolas modernas, mientras que en la agricultura de exportación dominaban, principalmente en las fincas de café”, “las actitudes tradicionales de los terratenientes ausentistas que se contentan con una inspección anual de sus propiedades y se interesan solamente en la cantidad total del ingreso en efectivo sin importar lo ruinoso que puedan ser los métodos de producción empleados”.(ICEFI, 2007)

En cuanto al perfil de enfermedad y muerte, se ha documentado que los problemas que afectaban a la población eran la viruela, la tifoidea, la difteria, el tétano, la tos ferina, la malaria y la tuberculosis (Archivos 2011); en cuanto a los problemas de transmisión sexual (llamados en ese momento enfermedades venéreas) existía un importante contingente de pacientes con sífilis en todas sus variedades y gonorrea (Funes 1949); también era frecuente la gastroenteritis, el parasitismo intestinal y la “miseria fisiológica” o desnutrición (Asturias, 1989).

Según una publicación de 1943, existía en esa época la creencia que la sífilis en la región centro americana era diferente a la que lograba ver en Europa. En este último continente, los casos de la enfermedad eran floridos desde el punto de vista clínico, y generalmente provocaban la muerte de quien lo padecía, mientras que en la región centroamericana, aún cuando los exámenes serológicos indicaban que existía la enfermedad, no se manifestaba clínicamente, las lesiones secundarias y terciarias eran infrecuentes y, en general, las personas ignoraban que estaban enfermas. Esta diferencia se atribuirá a varias posibles causas: i) la raza indígena confería cierta inmunidad; ii) la constitución nutricional distinta en ambas poblaciones; iii) infecciones concomitantes, especialmente la malaria; y, iv) que se tratase de infecciones por cepas distintas. Según esta misma publicación, el 15% de la población padecía de sífilis pero no era evidente clínicamente. (Jacobsthal Erwin, Boletín Sanitario de Guatemala, Año X, citado en Alcero, 1943)

El perfil de la mortalidad general al iniciar el período revolucionario era de 17 defunciones por cada 1000 habitantes y la mortalidad infantil de 102.7 defunciones en menores de un

año por cada 1000 nacidos vivos.¹⁰ El analfabetismo en la población indígena era de 90% y de 72% para la población ladina. (Asturias, 1989).

El dato de la mortalidad infantil al inicio del período revolucionario es muy relevante pues al ser contrastado con la tasa de mortalidad infantil de 1920, que era de 91 muertes en menores de un año por cada 1000 nacidos vivos, se evidencia que durante la época de dictaduras liberales, la situación empeoró y el reto que enfrentaban las autoridades sanitarias era de grandes dimensiones.

En una encuesta serológica buscando sífilis en escolares del Puerto de San José en el año 1947, los investigadores describen a la población que estudiaron como extremadamente desnutridos, con evidencia de anemia y malaria y problemas de la piel (Funes, 1949) Esta descripción da una idea de las condiciones de salud de la población.

Ante esta situación, sumada a la debilidad de la autoridad sanitaria, y bajo la influencia de las corrientes internacionales en la materia, el Congreso de la República, mediante la promulgación del acuerdo legislativo No. 295, crea en octubre de 1946 el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, destinado a atender a la población trabajadora, con el mandato de crecer hasta universalizar la protección que brindaba la seguridad social, bajo el supuesto que Guatemala se industrializaría y se generaría empleo formal. Los primeros servicios de salud que prestó el naciente IGSS, fue atención médica para quienes sufrían accidentes de trabajo.

La idea de una institución de salud del Estado, generó oposición de los médicos que ejercían la profesión liberal, argumentando que este modelo de “medicina social” acabaría por absorber a los médicos en detrimento de su práctica privada. Los médicos estaban asociados en una organización llamada Federación Médica, la cual dio lugar a la formación del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, cuyos preceptos fundadores fueron la defensa de la práctica liberal de la medicina. (Asturias, 1989).

Mientras se dirimían las diferencias de quienes estaban a favor y en contra de la instauración de un sistema de seguridad social, las acciones de la salud continuaban bajo la dirección de la autoridad sanitaria nacional, que se perfilaba extremadamente debilitada financieramente y que seguía funcionando bajo el enfoque de “reparación” de la fuerza de trabajo en las fincas bananeras de Izabal y la costa sur influenciada por la

¹⁰ Para efectos de comparación, la tasa de mortalidad general para el 2010 era de 5.04 por cada mil habitantes y la tasa de mortalidad infantil para 2008.2009 era de 30 defunciones en menores de un año por cada 1000 nacidos vivos. No obstante que en el caso de la mortalidad infantil se considera inaceptablemente alta y una indicador del fracaso del sistema de salud en proveer atención a la población, permite imaginar el reto que significaba para la época enfrentar el problema, en condiciones de un sistema de salud emergente y débil.

Oficina Sanitaria Panamericana que velaba por los intereses estratégicos de los Estados Unidos. Esta institución, era el vínculo que facilitaba las relaciones de las autoridades sanitarias locales con el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, quienes proveían entrenamiento a profesionales guatemaltecos en la lucha contra la malaria y las enfermedades venéreas (Reverby, 2011)

5.3 Marco legal de la salud, vigente en la época

La salud, desde la perspectiva del modelo explicativo predominante en la época, se vinculaba a procesos de contagio, cediéndole alguna importancia a las relaciones con el medio ambiente pero desde la misma perspectiva. Por la época, se empiezan a escuchar nuevas posiciones respecto al proceso salud-enfermedad, y es así como, luego de discusiones técnicas y políticas, se produce la declaración de la OMS en 1948, en donde se postula que la salud no es solo ausencia de enfermedad sino el completo estado de bienestar físico mental y social, significando un gran avance al incluir estas nuevas variables. Esta normativa internacional fue refrendada por el Estado de Guatemala.

Las influencias y conceptos que vinculaban la salud con los procesos sociales, y que finalmente habían logrado permear el discurso de los nacientes organismos internacionales no habían hecho otro tanto en las discusiones y debates que precedieron y continuaron en la revolución de octubre del 44. Como un ejemplo de la afirmación anterior, en la Constitución de la República de Guatemala de 1945, la única mención que se hace de la salud es en el artículo 77 relativo a la protección de la infancia, al declarar que corresponde al Estado velar por la salud física y moral de los infantes. (Constitución de la República de Guatemala, 1945), y en las reformas de los siguientes años, no se avanza en proponer la salud como un derecho social.

La Constitución Política del 45 derogó la de 1876 y sus reformas; sin embargo, no está claro si en esta derogatoria se incluyeron los artículos relativos a la protección de la salud, los cuales enfatizaban el control de las epidemias en los enclaves portuarios y el saneamiento ambiental como una obligación. Es importante recordar que antes del período revolucionario iniciado en 1944, la salud estaba en manos del ministerio de gobernación con un enfoque de policía médica (para hacer cumplir las acciones de cuarentena y saneamiento) institución en la que, el recién derrocado Jorge Ubico, había sido el primer jefe. (Asturias, 1989)

Aún cuando no se hacía explícito, si se utilizan los conceptos actuales de producción social de la salud y la promoción de la salud, es posible ver en la legislación constitucional del 45 algunos elementos que, si bien no son directamente relacionados al ámbito sanitario, sí

impactan en las condiciones que generan salud. Quizás lo más relevante en este sentido es lo relacionado al trabajo, la recreación, la participación social y de manera directa la creación del IGSS.

Indistintamente de lo anterior, la constitución Vigente desde el 15 de marzo de 1945, establecía la protección a la persona, por lo que las autoridades estaban obligadas a mantener los derechos de las personas y cualquier transgresión implicaba la responsabilidad del funcionario y empleado público que la cometía.

En el Título III. Garantías individuales y sociales, Capítulo I, artículo 21 se estableció lo siguiente: *“Garantías Individuales. Toda persona goza de las garantías que establece esta Constitución, sin más restricciones que las que ella misma expresa. Con igual salvedad se declara ilegal y punible cualquier discriminación por motivo de filiación, sexo, raza, color, clase, creencias religiosas o ideas políticas”*.

En el artículo 23, se estableció que *“El Estado protege de manera preferente la existencia humana. Las autoridades de la República están instituidas para mantener a los habitantes en el goce de sus derechos, que son primordialmente la vida, la libertad, la igualdad y la seguridad de la persona, de la honra y de los bienes...”*.

Por su parte el artículo 24, hacía referencia al Estado de Derecho, preceptuando que *“Los funcionarios no son dueños sino depositarios de la autoridad, sujetos y jamás superiores a la ley y siempre responsables por su conducta oficial. En tal concepto, ningún organismo del Estado ni funcionario público tiene más facultades o autoridad de las que expresamente les confiere la ley. La responsabilidad civil de los funcionarios y empleados públicos por cualquier transgresión a la ley, cometida en el desempeño de su cargo, podrá deducirse en todo tiempo mientras no se haya consumado la prescripción, cuyo término será de diez años. La responsabilidad criminal se extinguirá por el transcurso de doble tiempo del señalado por la ley penal. En ambos casos, el término de la prescripción comenzará a correr desde que el funcionario o empleado público hubiere cesado en el ejercicio del cargo durante el cual incurrió en responsabilidad... Si el funcionario o empleado público, en el ejercicio de su cargo, infringe sus deberes en perjuicio de tercero, el Estado o la corporación a quien sirve serán subsidiariamente responsables de los daños y perjuicios consiguientes...”*

En el código de sanidad vigente¹¹, se estableció la organización de la acción sanitaria en el país, con el objeto de velar por la salubridad general e higiene pública. En dicho instrumento legal quedo claro que el Director General de Sanidad, es la autoridad directamente encargada de la acción sanitaria, y como tal le corresponde la administración general del servicio y quien sería nombrado por el Presidente de la República.

¹¹ el decreto 1877, promulgado el 7 de septiembre de 1936, durante el gobierno de Jorge Ubico, código de sanidad, reformado por el decreto 1486 del 18 de diciembre de 1936

Dentro de esta normativa se estableció la protección del territorio nacional contra la invasión de las enfermedades transmisibles por el tráfico internacional, en puertos y fronteras marítimas y fluviales; estableciendo un Servicio de Seguridad Marítima, e incluso se imponía la obligación a los Ministros y Cónsules del país, residentes en el extranjero que comunicaran a la Dirección General de Sanidad, la posible aparición de enfermedades infecto-contagiosas de declaración internacional obligatoria.

Asimismo en su artículo 28 estableció la obligación de la Dirección General de Sanidad, de determinar en un reglamento, las enfermedades que se consideren transmisibles y de declaración obligatoria, con el objeto de impedir su propagación y se tomen las precauciones y medidas profilácticas.

Asimismo el artículo 40 preceptuó que la Dirección General de Sanidad, estaría obligada a hacer cumplir las medidas necesarias para la prevención y tratamiento de las enfermedades de carácter venéreo, estableciendo Dispensarios de Profilaxis, tratamiento y demás medidas necesarias. Incluso era obligatorio que las personas que ejercieran la medicina, llevaran un registro de los enfermos que padecieran sífilis, blenorragias, chancro blando, granuloma venéreo, papilomas en la vulva y tuberculosis vulvar, por lo que deberían hacer constar los datos del paciente para su traslado a la autoridad sanitaria del lugar con el objeto que iniciara su tratamiento.

Es decir que esta normativa contemplaba la obligación de la Dirección General de Sanidad, de velar por la salud, en un sentido preventivo y de tratamiento posterior, para evitar la propagación de enfermedades venéreas, estableciendo la necesidad de un tratamiento urgente y del control minucioso de las personas que padezcan este tipo de enfermedades.

En otro cuerpo legal, pero no vinculado directamente a la salud, se tipifica con claridad como un delito lo actuado en los experimentos: el código penal vigente en esa época¹² establece los sujetos que son responsables criminalmente: clasificándose en autores, cómplices y encubridores, estableciéndose que toda persona responsable criminalmente de un delito, lo es también civilmente.

Los autores son los que toman parte directa en la ejecución del hecho, los que fuerzan o inducen directamente a otro a ejecutarlo y los que cooperan en la ejecución del hecho por medio de un acto sin el cual no se hubiese podido ejecutar.

Los cómplices son los que no se hallan comprendidos en las acciones realizadas por los autores pero que cooperan en la ejecución del hecho por actos anteriores o simultáneos.

Los encubridores son los que sin haber intervenido en la perpetración del delito como autores o cómplices, participan con posterioridad a su ejecución.

¹² *Decreto número 2164 de la asamblea legislativa de la república de Guatemala del 25 de mayo de 1936, código penal.*

El Título VIII, párrafo V, contempla el delito del contagio venéreo, el que se transcribe en los siguientes artículos:

“Artículo 337. El que encontrándose contaminado de una enfermedad venérea la transmitiere de propósito a otra persona será castigado con la pena de un año de prisión correccional si el mal fuere de fácil curación y con tres años si la enfermedad fuere de carácter grave”.

“Artículo 338. El que conociendo o sospechando que está contaminado de enfermedad venérea expusiere al contagio o contagiare a otro, será castigado con seis meses de arresto mayor”.

“Artículo 339. El que no sabiendo que está enfermo transmitiere a otro una enfermedad venérea, será castigado con dos meses de arresto mayor”.

“Artículo 340. Son responsables como cómplices de contagio venéreo, los que teniendo conocimiento de que una persona que se encuentra bajo su guarda está contaminada de enfermedad venérea no procura evitar el contagio”.

“Artículo 342. Los ascendientes, tutores, guardadores, protutores, maestros y cualesquiera personas que con abuso de autoridad o encargo cooperen como cómplices a la perpetración de los delitos comprendidos en los cinco párrafos precedentes, serán penados como autores”.

Por lo que se presume que las personas a cargo de la coordinación de este tipo de experimentación, conocían los alcances de la misma y la responsabilidad penal a la que podían estar sujetos, por los actos contrarios a las leyes vigentes de la época.

Además de lo expuesto arriba, en la literatura disponible, no parece haber más referencias sobre la regulación del ejercicio de la profesión médica y su comportamiento ético; sin embargo ya existía un código deontológico que junto con el juramento hipocrático, normaban el comportamiento de la profesión médica, aún cuando la naciente organización Colegio de Médicos de Guatemala, no había incluido este tipo de consideraciones en su estatuto fundante.¹³

13 Los estatutos de fundación del Colegio de Médicos establecían en sus artículos que se organizaban para: a) enaltecer el ejercicio de la profesión médica, mantener el decoro, la disciplina y la fraternidad de la clase médica; b) Velar por la defensa y protección de los intereses profesionales; c) defender a los médicos por haber sido perjudicados en el ejercicio de la profesión o estar amenazados de serlo; d) mantener el libre ejercicio de la profesión; e) defender el carácter liberal de la profesión y procurar por que los profesionales médicos no sean funcionarizados contra su voluntad. (Asturias 1989)

6 LA AUTORIDAD SANITARIA

6.1 Fundación y organización

En el año de 1906 se crea en Guatemala el Consejo Supremo de Salubridad Pública y, concomitantemente, el primer Código Orgánico del servicio de salubridad que en su articulado declara que debe llevar a cabo todas las medidas necesarias para mantener la sanidad pública y evitar las epidemias.

En el año 1919 se crea como anexo al Consejo de Salubridad el Instituto de Bacteriología y de veterinaria y se adscribe a ese instituto el ramo de “tolerancia” (asuntos relacionados con la prostitución y enfermedades venéreas) el cuál antes pertenecía al ámbito de la policía. (Rivera, 1985)

En el año de 1925 se crea la dirección General de Salubridad dentro del Ministerio de Gobernación y Justicia. Dos años más tarde se cambia el nombre a Dirección de Sanidad Pública, denominación que mantiene hasta la creación de la Secretaria de Salud en 1945. Previamente en 1944 se crean las unidades móviles de salud que dan origen a las clínicas municipales y centros de salud.

Con la creación de la Secretaria de Salud y su posterior designación como Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se divide el trabajo de la salud en dos grandes bloques, uno dedicado a la salud pública colectiva llamada dirección general de sanidad pública, y otro a la salud individual hospitalaria llamada dirección de asistencia o beneficencia social. (Rivera, 1985)

El primer Ministro de Salud fue el Dr. Carlos Federico Mora quien fungió como tal de 1944 al 45; el segundo ministro fue el Dr. Julio Bianchi quien estuvo en el cargo de marzo de 1945 a enero 1947. Le siguió en el cargo el Dr. Guillermo Morán Novales de enero de 1947 a marzo de 1948, seguido por Bernardo Aldana de marzo de 1948 a noviembre de 1949. (Rivera 1985). Estos últimos tres funcionarios estuvieron a cargo de la protección de la salud del pueblo guatemalteco durante el período de los experimentos con sujetos humanos.

En la línea jerárquica de las autoridades de salud, luego del Ministro, para los fines que nos ocupan en este documento, seguía el director General de Beneficencia Pública y le seguía en la línea jerárquica, el Director del Hospital Neuro Psiquiátrico (asilo de alienados). (Archivos, 2011)

Aún cuando existía un procedimiento definido para la referencia de pacientes al asilo, se recibían pacientes enviados por los jefes políticos, jueces y comandancias de armas por lo

que no hay certeza de la acuciosidad en el diagnóstico de trastornos mentales de los internos (se incluía a epilépticos y alcohólicos)

Los recursos del sistema de salud eran exigüos. En un comunicado de Cutler a su jefe, describe las condiciones del asilo de alienados como deplorables: falta de medicamentos, falta de insumos básicos como sábanas y utensilios para la alimentación.¹⁴

No es de extrañar las carencias puesto que el presupuesto, si bien se había triplicado con la asunción del gobierno democrático, aún era insuficiente para las necesidades en política social (ICEFI, 2006). Además de las carencias en recursos económicos, los recursos humanos eran escasos; en la época existían 317 médicos en todo el país, pero solo 232 ejercían la profesión. La relación entre médicos y población era de un médico para 2,800 habitantes urbanos pero de un médico por cada 36,000 habitantes rurales (Asturias, 1989)

Al panorama anterior se suma el hecho de la fragmentación en la prestación de los servicios; por un lado, el IGSS estaba surgiendo como prestador de servicios pero sin someterse a la autoridad sanitaria nacional invocando su autonomía; por otro lado, la sanidad militar que había sido creada en 1930 hacía otro tanto por fuera de la autoridad del Ministerio y si a esto se le agrega el pujante ejercicio privado de la medicina, el escenario estaba servido para un debilitamiento de origen en la autoridad y capacidad de regulación y rectoría del Ministerio de Salud.

6.2 Actores y responsabilidades

Es muy difícil afirmar categóricamente que los funcionarios públicos que se encuentran en los puestos más elevados de las estructuras administrativas, no solo conocen en su totalidad lo que los funcionarios menores hacen, sino que fundamentalmente lo ordenan, lo autorizan y/o lo avalan. Un mecanismo administrativo que exonera de responsabilidad formal a los funcionarios menores, ocurre cuando las instrucciones y las órdenes fluyen de arriba hacia abajo en una línea jerárquica. Es decir que los funcionarios menores únicamente cumplen con lo que las autoridades les ordenan. En el caso de los experimentos con seres humanos realizados en Guatemala en los años 40s no ocurrió esto. El programa de investigación y los experimentos no fueron determinados ni aprobados jerárquicamente por las autoridades guatemaltecas, sino que por un equipo de médicos estadounidenses bajo el amparo de un convenio internacional.

¹⁴ *Es a partir del reconocimiento de estas carencias que Cutler declara que al cambiar de metodología y sujetos de experimentación, desde prisioneros y soldados a pacientes internados en el asilo; los recursos económicos utilizados en el pago de pacientes, serán utilizados en la compra de insumos para el asilo. (Archivos personales Cutler, excerpts of experimental summaries, part I)*

La responsabilidad de los funcionarios y médicos del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (*United States Public Health Service –PHS*) y de la Oficina Sanitaria Panamericana (*Pan American Sanitary Bureau—PASB*) es incuestionable. Estas instituciones financiaron y avalaron la realización de experimentos científicos con seres humanos en confinamiento y vulnerabilidad social (presos, prostitutas, enfermos mentales, niños y soldados) que desconocían lo que se estaba haciendo con ellos, que no estaban en condiciones de resistirse, ni de dar su consentimiento para ser objetos de experimentación. Como ya se demostró con amplitud en las secciones anteriores, ante las limitaciones para realizar éste tipo de experimentos en los Estados Unidos, buscaron y encontraron un país altamente frágil social, económica e institucionalmente en el que sabían que podrían actuar con total libertad.

Desde el lado guatemalteco el caso tiene dos componentes definidos por relaciones de dependencia y subalternidad. El primero es un convenio cooperativo entre la Dirección General de Sanidad Pública y la Oficina Sanitaria Panamericana, firmado por altas autoridades guatemaltecas que le permitió a un grupo de médicos estadounidenses de reconocido prestigio, con el respaldo y los recursos económicos de la Oficina Sanitaria Panamericana, realizar “adiestramiento e investigación” sobre enfermedades venéreas en Guatemala (Funes, 1948). El segundo componente es el conocimiento detallado e informado que las autoridades que firmaron el convenio pudieron haber tenido de lo que se realizó por el equipo de médicos estadounidenses y guatemaltecos involucrados en el proyecto.¹⁵ Las preguntas que surgen inmediatamente son las siguientes: ¿Qué tanto pudieron conocer y avalar las altas autoridades guatemaltecas sobre los experimentos con seres humanos que se hicieron en el *Laboratorio de Adiestramiento e Investigación de las Enfermedades Venéreas de la Oficina Sanitaria Panamericana*? ¿Hasta dónde pudo llegar su responsabilidad? ¿Qué factores institucionales permitieron que esto fuera posible?

Puede afirmarse que todo lo realizado por el personal del *Laboratorio de Adiestramiento e Investigación de las Enfermedades Venéreas de la Oficina Sanitaria Panamericana* se hizo bajo el amparo del convenio firmado por la Dirección de Sanidad Pública y la Oficina Sanitaria Panamericana. Los médicos estadounidenses que dirigieron los experimentos

¹⁵Estos detalles fueron descubiertos por la Dra. Susan M. Reverby y dados a conocer en mayo de 2010 en la reunión anual de la *American Association for the History of Medicine*. Fueron publicados en: Susan M. Reverby, “Normal Exposure” and Inoculation Syphilis: A PHS “Tuskegee” Doctor in Guatemala, 1946-48,” *Journal of Policy History*, Vol. 23, No. 1, (2011). La colección de aproximadamente 12,000 páginas de correspondencia, reportes, fotografías, y fichas de pacientes relacionada con los experimentos realizados en Guatemala fue donada en septiembre de 1990 a la Universidad de Pittsburg por el Dr. John C. Cutler. En octubre de 2010 fueron trasladados a los National Archives en Atlanta. El 29 de marzo de 2011 fue liberada y colocada en línea, por lo que puede consultarse en <http://www.archives.gov/research/health/cdc-cutler-records> o físicamente en los National Archives en Atlanta, Georgia.

actuaron con total libertad haciendo uso, no sólo de las instalaciones y de las funciones de la Dirección General de Sanidad—fundamentalmente de la *Sección de Profilaxis y Enfermedades Venéreas*—sino que también de las personas a las que la Dirección debía atender (personas con enfermedades venéreas, enfermos mentales, niños). Además la propia estructura administrativa permitió extender los estudios a otras instituciones como el Hospicio Nacional y el Hospital Neuropsiquiátrico que dependían de la Dirección de Sanidad Pública.

El primer análisis obligado se centra en el convenio firmado y las responsabilidades que podrían atribuirse a los altos funcionarios por haberlo hecho. La gran pregunta es si un país con la vulnerabilidad, dependencia y subalternidad de Guatemala estaba en posibilidad de rechazar un convenio de cooperación en el área de la salud como el ofrecido por la Oficina Panamericana de la Salud. El convenio ofrecía la posibilidad de recibir adiestramiento y realizar investigación científica con un grupo de médicos estadounidenses de reconocido prestigio, con recursos proporcionados por una prestigiosa organización internacional. En el papel, no había razones para desconfiar de lo que estos médicos harían. Se trataba de un proyecto científico, con todas las implicaciones positivas que el concepto tenía en esa época, que se sumaba a los esfuerzos de modernización del país (la “Década Revolucionaria”).

El segundo punto de análisis se centra en ¿Qué tanto pudieron conocer y avalar las altas autoridades guatemaltecas sobre los experimentos con seres humanos que se hicieron en el *Laboratorio de Adiestramiento e Investigación de las Enfermedades Venéreas de la Oficina Sanitaria Panamericana*? ¿Hasta dónde pudo llegar su responsabilidad?

Todo parece indicar que el equipo de médicos estadounidenses no estuvo sujeto a ningún tipo de supervisión de las autoridades de la Dirección General de Sanidad, sino que estuvieron sujetos a mecanismos de seguimiento y control desde los Estados Unidos. La función de las autoridades guatemaltecas se limitó a la “cooperación” o facilitación de todo lo que fuera necesario para la realización de los experimentos. Todo parece indicar que ni las autoridades ni los médicos guatemaltecos tomaron las decisiones en el proyecto.¹⁶ No se ha localizado información sobre cómo se designó al personal guatemalteco que se integró al equipo de médicos estadounidenses que realizaron los experimentos. Aunque se deduce que el Dr. Juan María Funes, Jefe de la Sección de Profilaxis y Enfermedades Venéreas fue designado oficialmente como contraparte guatemalteca en el proyecto.

¹⁶Ver correspondencia del Dr. Cutler en <http://www.archives.gov/research/health/cdc-cutler-records>

Dos fuentes fundamentales para el análisis de lo que se dio a conocer públicamente sobre los experimentos son las revistas *SANIDAD*, Revista Científica de la Dirección de Sanidad Pública, y *Salubridad y Asistencia*, órgano del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estas publicaciones oficiales permiten conocer no solo lo que los funcionarios de la Dirección de Sanidad Pública informaron oficialmente a sus superiores, sino lo que hicieron accesible al público en general.¹⁷

En julio de 1948 se informó en la revista *SANIDAD*, órgano oficial de la Dirección de Sanidad Pública, del viaje que realizaron los doctores Luis F. Galich, Director General de Sanidad Pública, Juan M. Funes, Jefe de la Sección de Venereología de la misma institución, Francisco J. Aguilar, Jefe de la Sección de lucha anti malaria y parasitosis intestinal, Juan José Girón, médico del Hospital San Vicente y José A. Bernhard, Jefe de la Sección de Oncocercosis de dicha Dirección, como representantes por Guatemala al *IV Congreso Interamericano de Medicina Tropical* realizado en Washington entre el 10 y el 18 de mayo de 1948. Entre varias cosas se menciona que el jefe de la delegación, el Dr. Galich, tuvo la oportunidad de hablar con los doctores Fred L. Sopor, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y John Murdock, Subdirector de la misma oficina, sobre los programas de la Oficina Sanitaria Panamericana en los países del istmo, del Instituto de Nutrición que se instalaría en Guatemala, del programa de tifus, del programa cooperativo de estudios de malaria y "... del Programa para el laboratorio de adiestramiento en enfermedades venéreas que hasta la fecha ha rendido buenos frutos...". Se indica en la nota que el doctor Juan M. Funes presentó "... un trabajo sobre el estudio de Malaria y Serología que se había llevado a cabo en el Puerto de San José, en colaboración con la Oficina Sanitaria Panamericana." (*Sanidad*, 1948)

La revista *Salubridad y Asistencia* fue concebida como órgano oficial de difusión del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. En ella se publicaban los informes de cada una de las dependencias que conformaban el Ministerio. En el informe publicado en octubre de 1948 el Dr. Francisco Salazar, Sub-director de la Dirección de Sanidad Pública menciona que además de las secciones con que contaba la Dirección de Sanidad Pública, se encontraba "el Laboratorio de Adiestramiento e Investigación de las Enfermedades Venéreas de la Oficina Sanitaria Panamericana." (*Salubridad y Asistencia* 1948 (a)) Asimismo, menciona que la Dirección de Sanidad también estaba realizando una campaña contra el tifus en cooperación con la Oficina Sanitaria Panamericana. Un aspecto importante es la mención de que tanto el Hospicio Nacional, del cual era Director el Dr.

¹⁷ "Nace esta Revista respondiendo a la conveniencia de divulgar la obra que realiza el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y a las ventajas que entraña el centralizar en un solo órgano de publicidad los Boletines y folletos redactados hasta ahora por sus diversas dependencias." (*Salubridad y asistencia* 1948)

Héctor A. Aragón, como el Hospital Neuropsiquiátrico, bajo la dirección del Dr. Miguel F. Molina, eran centros de Asistencia Social que dependían de la Dirección de Sanidad Pública. Aunque no la vincula directamente con el Laboratorio de Adiestramiento e Investigación, el Dr. Salazar menciona la Sección de Profilaxis Sexual y Enfermedades Venéreas y su anexo, el Hospital de Venéreas.¹⁸

En el segundo número de la revista correspondiente a noviembre de 1948 se publicó la conferencia “Prostitución y enfermedades venéreas”, dictada por el Dr. Luis F. Galich, Director General de Sanidad Pública, en el Ateneo García Lorca. El Dr. Galich dice que la prostitución “ya no se persigue, ni se estigmatiza, lo único que se busca es cortar la cadena de contagios por un trato humano de las prostitutas e interés en curar, en mantener la inocuidad de ellas.” Según sus propias palabras, en 1946 trabajó con el Lic. Ydígoras Fuentes y el Dr. Juan M. Funes en la elaboración de un proyecto de nuevo reglamento de la prostitución en el que proponían limitar la prostitución, eliminar el “reglamentarismo” e instituir el “delito venéreo”, en otras palabras declarar delito el contagio de enfermedades venéreas¹⁹. Galich había sido Jefe de la Sección de Profilaxis Sexual y Enfermedades Venéreas por lo que evidentemente tenía conocimiento e interés por el tema.²⁰ (Funes, 1948) En cuanto a lo que estaba haciendo en la Dirección de Sanidad Pública dice: *“En la lucha contra las enfermedades venéreas, puedo decir con toda satisfacción que hemos hecho grandes progresos, no solo por los medios de curación con que contamos; no solo por las facilidades para diagnosticar que utilizamos, sino que sobre todo por la colaboración amplia y entusiasta de médicos, enfermeras y técnicos, que nuestros colaboradores ponen en su diaria tarea silenciosa”*. (Salubridad y Asistencia (b))

En el tercer número, “Avances Venereológicos en la Sección correspondiente de la Dirección de Sanidad Pública de Guatemala.” (Funes, 1948) se publica un artículo que incluye una nota del autor que indica que se trata del trabajo presentado en el Congreso celebrado en México, D. F., en el mes de octubre de 1948. El Dr. Funes se refiere a la *IV Conferencia Panamericana de Directores de Sanidad y II Reunión del Consejo Directivo de la Oficina Panamericana*, realizada en México entre el 30 de septiembre y el 13 de octubre de 1948. En esa oportunidad el Dr. Luis F. Galich asistió como representante por Guatemala y leyó la ponencia escrita por el Dr. Funes.

¹⁸“La Sección de Profilaxis Sexual y Enfermedades Venéreas tiene como anexo o complemento el Hospital de Venéreas con 90 camas para internamiento de enfermas y 10 camas para operados; contándose además con las consultas gratuitas y Servicio Externo.”

¹⁹ Llama la atención el que en Guatemala, en el momento de estas declaraciones, ya existía una legislación anti venéreas, aunque no con ese nombre, si tipificado el delito de contagio deliberado en el código penal.

²⁰En éste artículo se hace mención de que el Dr. Luis F. Galich fue jefe de la Sección de Venereología de la Dirección de Sanidad Pública antes de que lo fuera el Dr. Juan M. Funes.

En el artículo se indica que a partir de 1945 hubo un control riguroso de todas las dependencias de la Sección de Venereología y que desde agosto de 1946 empezó a funcionar el “Centro de adiestramiento e investigación de las enfermedades Venéreas”. Este fue creado por medio de un convenio cooperativo entre la Dirección General de Sanidad Pública y la Oficina Sanitaria Panamericana. El laboratorio contaba con equipo moderno “de acuerdo con los últimos adelantos en el ramo.” Menciona la incorporación del Dr. J. C. Cutler al personal técnico, quien, además de realizar las tareas investigativas “sobre las condiciones venereopáticas existentes en nuestro medio” impartió “instrucción a personas becadas por la Dirección de Sanidad de Guatemala y por otros países de Centro América.” Asimismo, Funes hace referencia a las “encuestas serológicas en grupos de habitantes de distintas regiones de la República.” Se centra en el trabajo que realizaron en el Puerto de San José, con niños escolares. El interés era estudiar las reacciones falsamente positivas, en referencia al Paludismo endémico en ese lugar, comparando las técnicas de floculación corrientes (Kahn, Mazzini) y las reacciones con antígeno VDRL a la Cardioplipina. Funes dice “Se obtuvo permiso de la Dirección General de Sanidad Pública para efectuar estudios en los establecimientos escolares del Puerto de San José”. En ese momento el Dr. Luis F. Galich era el Director General de Sanidad Pública.

El Dr. Funes sólo menciona que se efectuaron “censos serológicos de colectividades tales como el Hospicio Nacional, la Penitenciaría Central, el Asilo de Alienados, etc.” Indica además que el técnico serólogo, Sr. Joseph Portnoy y el encargado de la parte clínica investigativa, el Dr. Funes, “hicieron un recorrido por las demás repúblicas de Centro América, incluyendo a Panamá durante el cual se hicieron demostraciones de la técnica VDRL a la Cardioplipina, ante el personal encargado de los respectivos laboratorios locales.”

De este artículo se concluye que lo que se refiere a los experimentos serológicos realizados por el personal del “Centro de adiestramiento e Investigación” fueron difundidos oficialmente por los órganos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Es de preguntarse cuántos de los funcionarios de la Dirección General de Sanidad pudieron haber conocido los detalles de los experimentos que se realizaron, particularmente el Dr. Galich ya que él mismo había estado a cargo de la Sección de Venereología y presentó públicamente los avances de investigaciones. Llama la atención que Funes menciona someramente “la implantación de cultivos de *Neisseria gonorrhoeae*” y que abunda en detalles sobre las pruebas serológicas, pero no menciona las inoculaciones de sífilis que también realizaron en la penitenciaría, el Hospital de Enfermos Mentales y en los cuarteles como parte del mismo proceso investigativo.

En julio de 1949 la revista *Salubridad y Sanidad*, dedicó un número especial al *II Congreso Centroamericano de Venereología* realizado durante la última semana de abril de 1948 en

el Auditorio del “Palacio de Sanidad Pública” de la Ciudad de Guatemala (Salubridad y Asistencia 1949) El Dr. Bernardo Aldana, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social inauguró el Congreso y fue clausurado por el Dr. Luis F. Galich, Secretario del Congreso y Director General de Sanidad Pública. Los doctores Carlos Salvadó, Carlos Tejeda, Juan M. Funes, y Héctor A. Aragón expusieron los resultados de los estudios serológicos realizados en el Asilo de Alienados, en el Hospital Militar, en el Puerto de San José y en el Hospicio.

Es necesario considerar tres elementos importantes que influyeron en que se hicieran los experimentos en Guatemala y que no se cuestionara en su momento, éstos son: (1) las condiciones de precariedad, dependencia y subalternidad del país. (2) la percepción del nivel y prestigio en investigación médica de sus colegas estadounidenses y, (3) la marcada estructura de exclusión y marginación social en Guatemala.

En las publicaciones oficiales de la Dirección de Sanidad Pública y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se mencionan otros convenios (programas para combatir el tifus y la malaria) que estaban en vigencia. No había ninguna razón para dudar de entidades dedicadas al bienestar común tan prestigiosas y con recursos como la Oficina Sanitaria Panamericana. El proyecto incluía además el trabajo conjunto con grandes autoridades del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y la instalación de un laboratorio moderno.

En las mismas publicaciones es evidente que las autoridades consideraban de mucha importancia el trabajo que se estaba haciendo en el *Laboratorio de Adiestramiento e Investigación de las Enfermedades Venéreas de la Oficina Sanitaria Panamericana*. La publicación de la *Memoria del II Congreso Centroamericano de Venereología* evidencia que fue un evento memorable para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Fue una gran celebración del gremio médico. Los organizadores del evento, no sólo contaron con la presencia de las más grandes autoridades sobre el tema, sino que hicieron público que estaban produciendo ciencia en Guatemala. En la “Lista de profesionales que asistieron al segundo Congreso de Venereología” aparece que Virginia Harding representó a Sanidad Pública de Guatemala, y el Dr. John C. Cutler participó representando a Guatemala. En el Congreso acordaron darle un reconocimiento al Dr. Richard C. Arnold por sus “brillantes trabajos y por la labor que ha desarrollado cooperando a resolver el problema máximo de las enfermedades venéreas”.

No hay duda que la estructura ancestral de exclusión y marginación social en Guatemala ha sido un factor significativo. Probablemente, si se hubieran planteado estudios con otros sectores sociales, alguien los hubiera cuestionado. O nunca se hubieran realizado. Sin embargo, los experimentos se hicieron con prostitutas, presos, enfermos mentales,

huérfanos, soldados y niños de escuelas del interior del país.²¹ Sin embargo, un aspecto fundamental es que no aparece ninguna mención a los contagios de sífilis que hicieron en la penitenciaría y en el Asilo de Alienados. En ninguna publicación se hace mención de esto, ni del uso de prostitutas para contagiar “normalmente” a los reos de la penitenciaría.

7. EL MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL

La vida humana constituye por supuesto un bien jurídico fundamental, el bien supremo, y en torno a ella giran las obligaciones primordiales de los Estados, los derechos radicales del individuo y las medidas más enérgicas de protección. Se trata, pues de un derecho esencial condicionante de los restantes, de ahí, la bioética y el régimen nacional e internacional de los Derechos Humanos. La jurisprudencia interamericana aprecia una doble vertiente en la protección de la vida en el caso específico sobre los experimentos que nos ocupan. Por una parte, la vertiente negativa que se traduce en abstención del Estado. Por otra parte la vertiente positiva cada vez es más explorada por la jurisprudencia interamericana que implica, conductas públicas positivas.

El Estado de Guatemala tiene obligaciones directas de acción que entraña responsabilidad por conductas activas u omisivas imputables a la responsabilidad de otros Estados, y obligaciones de cuidado o diligencia en relación con la situación y el deber de garante que corresponde al propio Estado.

Tanto Estados Unidos como Guatemala ratificaron Declaración Universal de Derechos Humanos de Naciones Unidas y la Declaración Interamericana de Derechos y Deberes del Hombre y a partir de esa ratificación tienen la obligación de garantizar las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y en particular el deber de los Estados de impedir que sus agentes atenten contra él. En esta forma queda de manifiesto los deberes de reconocer, respetar y garantizar los derechos de la persona conforme el artículo 1 de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre y

²¹En la ponencia del Dr. Tejeda se menciona “Según estudios de inoculación experimental, hay una reacción parecida a gonorrea un momento después de la introducción del medio en la uretra, en un caso hubo persistencia durante 5 días o más y en otra empezó el flujo 48 horas después de la inoculación y persistió largo tiempo. En este grupo estudiado entre dos y ocho meses con cultivos, ninguno de los casos de flujo fue probado como gonocócico.” Carlos Tejeda, “Dos observaciones relacionadas con la venereología,” *Salubridad y Asistencia, Órgano del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Tomo II, Nos. 4-5-6-7 (Abril-julio 1949). Dedicado al Segundo Congreso Centro-Americano de Venereología. pp. 98-100.*

1.1 de la Convención Americana de los Derechos Humanos, la cual Estados Unidos no la ha ratificado así como el artículo 1 y 2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Porque el ser humano es el titular de esos derechos y demandante de reconocimiento, respeto y tutela con amplia facultad para plantear quejas y denuncias por violación de sus derechos aunque sea limitada su legitimación para promover el proceso internacional. Guatemala en nombre de sus ciudadanos posee, pues, la doble condición de titular y demandante de derechos que interesan a la bioética; ante todo a la protección de la vida y a la salud, acceso a la justicia para obtener investigación, conocimiento de la verdad y reparación adecuada cuando se acredita la existencia de violaciones.

En el caso de Guatemala es preciso tomar en cuenta el profundo componente moral de los Derechos Humanos, que irradia sobre todas las expresiones y protecciones de éstos. Las hay directas, que conciernen al derecho a la vida y la protección de la salud, y las hay indirectas que atañen a la protección de la familia, así como las obligaciones de los Estados consignadas en el artículo 1.1 de la Convención Americana de los Derechos Humanos (de la cual Estados Unidos no es miembro, pero sí de la Declaración Americana y Universal de Derechos Humanos, que lo convierte en garante a todas las personas bajo su jurisdicción). A este respecto se analiza la conducta total del Estado: omisiva en cuanto no es inmediatamente responsable de todo lo que ocurra en su jurisdicción, pero responsable del comportamiento de sus agentes, órganos o funcionarios: En este orden hay que considerar los extremos de la imputabilidad: a) acción, que es la hipótesis más evidente, b) omisión, que es reclamable el estado tiene el deber de actuar.

En el *Corpus Iuris* interamericano y guatemalteco hay preceptos fundantes con una posición de bioética, considerando tanto los Derechos Humanos (según la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre de 1948), cuya eficacia vinculante la hace obligatoria en el caso de los experimentos en nuestro país, porque recoge los Derechos Humanos a los que se refiere la Carta de la Organización de los Estados Americanos, que equivale a un tratado internacional.

La Declaración Americana tiene un componente ideológico que se enlaza con el movimiento bioético internacional. Sobre dicho componente se yergue la normativa aplicable a esta analogía jurídica: los artículos 1: Todo ser humano tiene derecho a la vida; XI: el derecho a la preservación de la salud. Pero en sí la Declaración Americana aborda derechos civiles y políticos y derechos económicos sociales y culturales, que son las dos categorías de un mismo acervo de derechos fundamentales. La carta de OEA que tiene valor normativo en el presente caso de Guatemala contiene referencias particulares en las que se destaca la alusión directa a los beneficios que puedan provenir de la ciencia médica. Alusión que posee trascendencia para el tema de los experimentos en nuestro

país, como lo es el artículo 34 de la carta de la OEA ratificada por Guatemala y Estados Unidos, en el cual se dispone que los Estados dedicarán sus máximos esfuerzos a la defensa del potencial humano mediante la extensión y aplicación de los modernos conocimientos de la ciencia médica. La alta importancia de los derechos asociados a la vida humana y a la salud de las personas se muestra en su intangibilidad absoluta.

El ser humano es el titular de los Derechos mencionados, la violación de los Derechos Humanos en el caso de los experimentos humanos es una violación de lesa humanidad.

Como conclusión: en el régimen internacional de los Derechos Humanos, el hecho ilícito que genera responsabilidad del Estado que en este caso es el de Estados Unidos, que constituye presupuesto normativo para la aplicación de reparaciones, porque estas servirán a un tripe fin: a) restaurar el orden jurídico quebrantado, acreditando la vigencia de las decisiones jurídico-políticas fundamentales que informan ese régimen internacional y sosteniendo la eficacia del derecho objetivo; b) crear o restaurar las condiciones idóneas para el curso de las relaciones sociales y jurídicas lo cual implica la prevención de futuras violaciones; c) resarcir en el amplio sentido a las víctimas de la infracción, en este caso al Estado de Guatemala

8. FIJANDO UNA POSTURA: LA BIOÉTICA

La experimentación con seres humanos realizada, tal y como ahora sabemos, en los años 40 en Guatemala, ha sido percibida por la opinión pública y en círculos médicos, como una violenta trasgresión a la dignidad de las personas involucradas, a la profesión médica y, por supuesto a la sociedad nacional. Esta investigación ha sido considerada como un acto inmoral de gran impacto y un crimen de *lesa humanidad*. No obstante, un juicio desde la perspectiva ética sobre tal acontecimiento merece una exploración profunda que contemple los datos precisos sobre el hecho en sí (qué fue lo que se hizo y cómo), su contextualización, y las responsabilidades que puedan deducirse (sobre todo en el plano moral ya que seguramente los principales responsables habrán ya fallecido). Del análisis correcto de esa situación dependen las lecciones que se extraigan y que puedan ser aplicadas de manera positiva para el futuro en la experimentación médica y, por supuesto, más allá de ella, al permitir construir una conciencia moral colectiva que reconozca la igualdad de derechos y de dignidad de todos los seres humanos, con independencia de la situación socioeconómica y de los orígenes y condiciones culturales de los involucrados. Para lograr ubicarse en ese epicentro de la razón moral, es necesario contener los juicios precipitados derivados de la justa indignación y, aún más, de los juicios que oscilan entre

el sensacionalismo y el exabrupto ideológico. Todo ello conduciría a la trivialización de lo acontecido y a reforzar las condiciones de las víctimas como objetos.

Se ha dicho con insistencia que la Ética ha de tratarse con ética. Si aceptamos que la Ética es “moral pensada” como expresaba *José Luís Aranguren* (es decir filosofía y/o ciencia de lo moral), tendremos que asumir un proceso racional exhaustivo que implica mínimamente los siguientes requisitos: *identificar el problema*, es decir los primeros hechos que provocan, a su vez, una *primera evaluación moral*. Se trata de esa primera percepción enmarcada generalmente dentro del ámbito del sentido común. Sin embargo, el *análisis exhaustivo*, obliga junto a la *consideración de la bondad o maldad de un acto* (en un enfoque deontológico), la del *daño y/o beneficio que produce* (en un enfoque consecuencialista) y la *posibilidad de que hubiese sido de otra manera* (condiciones internas y externas de libertad de acción de los involucrados). En otras palabras no se puede obviar, junto al acto, al *sujeto y sus circunstancias*. Todo eso permitirá emitir un *juicio ponderado*.

Los abusos en la experimentación en seres humanos no constituyen la única fuerza impulsora de la disciplina que hoy conocemos como Bioética, pero sin duda es una de las más fuertes, especialmente en el ámbito anglosajón. Clásicamente se mencionan los casos de la Alemania Nazi y los estudios realizados con población afroamericana en Tuskegee, Alabama, sobre la sífilis (investigación emparentada con la realizada en Guatemala). Pero esos son sólo unos casos de muestra, hay muchos más, en que las víctimas a las violaciones a la ética son generalmente grupos vulnerables por condiciones marcadas socialmente (clase, etnia/raza, desventajas físicas o psicológicas, niños, prisioneros, etcétera). En el contexto de posguerra (2ª Guerra Mundial) surgen preocupaciones en los ámbitos científicos (especialmente médicos), políticos y diversos sectores de la sociedad que marcan el nacimiento de nuevos abordajes y legislaciones para la protección de los sujetos humanos en la investigación médica. Ahí se origina una de las tareas más reconocidas de la Bioética contemporánea. Ahora ya se menciona en algunos ambientes en Guatemala, el *Informe Belmont* que fue un importante producto de la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Sciences* (1978) de Estados Unidos de América.

Lo que interesa rescatar, en este caso, es que los pensadores más destacados de ese enfoque de filosofía moral aplicado a la práctica e investigación médica proponen características que no debemos olvidar: es *racional*, es *laica*, es *crítica* y es *plural*. Quienes participan activamente en su desarrollo (como en los comités de ética asistencial y de investigación), saben que su trabajo es deliberativo y que necesitan disponer de la mayor

cantidad de elementos posibles para establecer un juicio moral sobre un hecho o serie de ellos (Gracia, D. 2000).

En este momento existen suficientes elementos de juicio para concluir sobre la gravedad de las violaciones éticas en las investigaciones ahora denunciadas que se realizaron en Guatemala en los años 40s, y sobre algunos de los responsables. Es cierto, y en ello eso se insiste desde la filosofía moral, que los actos humanos tienen un contexto social presente e histórico que no se puede marginar de la reflexión. El ejemplo clásico es el de los padres de la ética occidental (los griegos) que no veían como inmoral el tratamiento diferencial (discriminatorio) a los esclavos, basándose en un “orden natural” (Gracia, D. 1990). Hoy, siglos después, nadie se atrevería a aceptar tal cosa (aunque en la vida real haya quienes estén muy cerca de promoverlo). Ahora bien, la pregunta sería si esa observación del contexto histórico (los años 40s) atenuaría el juicio moral sobre los hechos (en Guatemala o en Tuskegee) y, con ello, quienes tendrían lo que se podría calificar como “**la responsabilidad fundamental**”. Se anticipa que la respuesta es no, por muchas razones, pero advirtiendo que es necesario discutir más, tanto sobre los niveles y tipos de responsabilidad, así como de las exoneraciones a las que la misma ética obliga a considerar, aún cuando ya se han asignado responsabilidades de manera un tanto prematura, especialmente desde los medios escritos.

8.1 La responsabilidad fundamental

A partir de lo ampliamente conocido en la literatura bioética, resulta evidente que en el caso de Tuskegee se violó el principio de beneficencia al no dar un tratamiento útil; se violó también el derecho de los participantes a saber que ese tratamiento útil existía (elemento fundamental para el ejercicio del principio de autonomía). Con ello se vulneraba el principio de justicia, considerado hoy por muchos estudiosos como jerárquico y que, en última instancia, contiene otros elementos altamente valorados en la práctica médica y de investigación (autonomía, no maleficencia, confidencialidad y otros). Esta violación del principio de justicia se remarcaba por el hecho de que se trataba de una población vulnerable, tradicionalmente discriminada (vista como de menor valor como personas). La condición social de los sujetos de investigación conllevaba, además, la desventaja de carecer de una educación que les proporcionara más elementos de juicio sobre su participación; condición que en general expone a las personas al abuso de poderes institucionales, materiales y subjetivos. En Guatemala todo eso se dio, y como agravante que trasciende hasta donde es conocido el caso de Tuskegee, una brutal violación del principio de no maleficencia al provocar un daño con la inoculación de una “substancia” nociva (inoculación de sífilis, gonorrea y chancroide). Ante esto las preguntas que surgen son: *¿quiénes son los responsables y por qué? ¿Se puede considerar*

la época en que se realizó un atenuante significativo? ¿Qué lecciones se pueden extraer? ¿Cómo se puede resarcir a los sujetos y a la sociedad?

A partir de la información ya desvelada hasta el momento de redactar este documento (octubre de 2010), no parecen existir dudas de que los “responsables fundamentales” identificables de las violaciones son **(a)** Los investigadores y **(b)** Las grandes instituciones que los amparaban: *United States Public Health Service* (USPHS) y *Pan American Sanitary Bureau* (PASB). Otras responsabilidades quedan pendientes de dilucidar con la información que proporcione la profundización futura de la investigación.

Se debe destacar que los investigadores (el doctor *John Cutler* y sus colegas) son en primer lugar responsables “confesos” porque según lo muestran los documentos disponibles, tenían plena conciencia que lo que estaban haciendo era una grave violación a la Ética médica y de investigación. En realidad a la misma conclusión se llegaría aunque no fuesen “confesos” por varias razones. La mayor violación fue el daño causado por la inoculación, pues es ampliamente aceptado que el principio de no maleficencia es el más antiguo de todos de los que han regido la ética médica occidental (*Hipócrates*) y no occidental. Ese es, entonces, un principio internalizado en la práctica médica, culturalmente difundido y enunciado en los códigos sin excepción. No hay estudiante de medicina que no reciba ese mensaje desde su primer contacto con los enfermos.

Si bien a raíz de las reflexiones éticas provocadas por las denuncias de investigaciones del siglo pasado, en su segunda mitad, pasó a ser relevante el principio de autonomía, y con ello la obligatoriedad del consentimiento informado, eso no significa que en épocas anteriores estuviese fuera de la óptica de la Ética médica. Ya a principios del siglo XIX se cuestionaba el realizar experimentos sin dar información y sin obtener el consentimiento, planteándose la responsabilidad de compensar daños por cualquier lesión. Es más, retrocediendo en el tiempo *William Beaumont*, médico estadounidense que realizaba investigaciones no terapéuticas, planteaba en 1833 que el consentimiento voluntario era necesario y que el proyecto debía abandonarse si causaba aflicción al sujeto. Hay constancias sobre este celo ético de grandes investigadores médicos como *Claude Bernard* o en instituciones que en 1900 planteaban la prohibición de investigaciones no terapéuticas en menores incompetentes, y la necesidad de que las personas que participaran hubieran declarado inequívocamente que consentían la intervención sobre la base de una explicación apropiada de las consecuencias adversas (Luna & Salles 1998).

La revisión de la historia de la investigación médica da muchos más ejemplos de lo que ya, en la época del caso de Guatemala, era considerado una transgresión moral grave. También da ejemplos de investigaciones que aportaron grandes beneficios a la humanidad (como la *Edward Jenner* en el caso de la viruela), que hoy en día no se realizaría de la

misma forma por los avances en la reflexión ética y los avances en las técnicas científicas, pero que –ahora si- una evaluación justa del contexto no permitiría enjuiciar a *Jenner* con la misma severidad que a los investigadores de hoy, empaados de una nueva cultura en la moral médica que incluye la existencia de instancias de vigilancia en investigación y práctica clínica.

8.2 Otras responsabilidades

Si la responsabilidad de *John Cutler* es fácilmente identificable con la información disponible, quedan por establecer mediante futuras investigaciones, la de la institución que lo amparaba, sus relaciones inmediatas y el conocimiento y conciencia que tenían los cuadros científicos y administrativos de mayor jerarquía de tal institución. Pero ya es evidente que esa responsabilidad existía. La correspondencia desvelada entre *Cutler* y algunos de sus colegas refleja la reconocida inquietud por estar violando normas elementales de ética médica y, por lo tanto, evidencia una grave corresponsabilidad moral y jurídica. Aún cuando no se cuenta con información de documentos y procesos de gestión y aprobación en el *United States Public Health Service (USPHS)*, en la correspondencia entre el equipo investigador norteamericano y sus autoridades, se muestra con claridad el conocimiento que estos tenían sobre lo que se estaba realizando en Guatemala y como los experimentos despertaban el interés de otros investigadores para agregar variables de su interés a los experimentos, al mismo tiempo que algunos funcionarios de la misma institución plantearon sus críticas o reservas. En otras palabras, es necesario profundizar mediante futuras investigaciones sobre los diferentes grados de responsabilidad en otros actores. En el caso de los Estados Unidos, será muy importante responder a cuestiones como (a) *¿Qué conocimiento tenían en la pirámide institucional de los detalles del diseño de la investigación?* (es decir, de que se trataba de un experimento en seres humanos que incluía la inoculación de una *noxa*) *¿Quién lo autorizó?* (porque evidentemente el investigador necesitó de una aprobación superior) (b), *¿Que intereses provocaron tal investigación?* (más allá del afán y “curiosidad” científica); esta pregunta es importante porque casi siempre detrás de un ultraje científico identificamos intereses económicos, políticos o militares; sin menospreciar, por supuesto, los sempiternos narcisismos intelectuales que cabalgan sobre la ausencia de una concepción sincera de la dignidad humana, (c) *¿Porqué se escogió a sujetos de Guatemala al igual que a los sujetos de Tuskegee?* Esta pregunta es de importancia fundamental, y su discusión profunda podrá generar más conciencia sobre lo que pasó, pero también con otros acontecimientos que sucedieron posteriormente (incluso de mayor gravedad) y que suceden en la actualidad en que los ciudadanos siguen siendo “material experimental”, si no de las ciencias médicas sí de la política. Si damos una respuesta integral, coherente y honesta a esta pregunta

podría ponernos en graves conflictos de conciencia al poner en evidencia cómo, en estos tiempos de encendidos discursos (y no hay duda que de reconocidos avances), grandes poderes nacionales y transnacionales continúan construyendo poderes y fortunas sobre cadáveres reales y simbólicos de la dignidad humana.

En Guatemala, al intentar asignar y deslindar responsabilidades, seguramente en algunos casos podrían ser muy altas y otras quizás muy tangenciales. Habrá que diferenciar las responsabilidades administrativas de las plenamente morales, que incluyen, obviamente, gestiones administrativas reprochables por franca complicidad o por negligencia, pero sin dejar de considerar la “*posibilidad de la imposibilidad*” real de control de una persona – generalmente un superior institucional o funcionario- de todos los actos de subalternos; sin esta precaución el juicio ético transita en los peligrosos caminos de pretensiones moralistas con sus insufribles hipocresías hasta los oportunismos políticos.

Se insiste en esta precaución sobre que en algunos casos la condena moral a ciertos actos de la vida pública puede ser radical, debido a que se encuentran elementos administrativos de responsabilidad insoslayable que va de una “verdadera” negligencia, a una más clara y neta responsabilidad que responde a una ideología discriminatoria dominante entre los participantes; en este caso cuadros responsables de distintas instancias en la pirámide del Estado.²²

Las responsabilidades de los funcionarios dependen de una variedad de circunstancias. Y esto lleva a un punto crucial y reconocido de la filosofía moral: **la obligación ineludible de establecer las circunstancias del acto**. Esto es cierto para *Cutler*, sus superiores, como lo es para el doctor *Juan Funes* y sus superiores y, por supuesto, para otros funcionarios de la pirámide gubernamental. No obstante, para llegar más allá es necesario recurrir a otras indagaciones (hechos) y otros métodos analítico-interpretativos, ya que los documentos con determinada información empírica serán insuficientes, sobre todo, a la interpretación de las circunstancias del contexto social guatemalteco en los años 40s.

²² Puede verse esa precaución a través de dos ejemplos muy discutidos en la sociedad guatemalteca. Son conocidos los debates en terrenos de las políticas del Estado como serían las políticas de exterminio, de acoso de poblaciones vulnerables, de limpieza social –cuando estas se generan con la complicidad de cuadros gubernamentales con capacidad de decisión-. En el caso de la salud pública podría ser el de las esterilizaciones masivas consentidas por la autoridad, pero no por las personas afectadas. En el caso de la “limpieza social”, por ejemplo, no podríamos asignar la misma responsabilidad a un alto funcionario cuando en su período de gestión se realizan tales acciones sin su consentimiento y conocimiento, promovidas por un funcionarios intermedio, que cuando las permite y autoriza de manera clara o velada. Lo mismo podríamos decir sobre un ministro de salud pública en el caso de las esterilizaciones sin consentimiento de las personas afectadas.

Cuando se habla de las circunstancias, se pueden plantear aspectos personales e institucionales, pero en casos como el presente, es ineludible un enfoque histórico (dándole al término su sentido más amplio disciplinar y epistemológico). Ignorarlo o “rodearlo” imposibilita una conclusión seria. Así como se planteó antes, al proponer un juicio sobre el desempeño de *Cutler*; considerar el estado de las valoraciones éticas tanto en la práctica como en la investigación médica en la época del experimento en cuestión, será también indispensable conocer cuáles eran las circunstancias que prevalecía en el Estado guatemalteco en general y de los servicios de salud del país, en particular.

Al hablar de lo histórico en un sentido amplio se intenta proponer el tener presentes tres ideas básicas y relacionadas. En primer lugar lo que *Adolfo Sánchez Vásquez* llama el “carácter histórico de lo moral”²³. Esta primera interpretación es la que permite y obliga a considerar la normatividad médica de la época (enunciada e internalizada) y, con ello, señalar el experimento como una acción cuya inmoralidad no puede ser atenuada con el argumento de lo que, entonces, era aceptado en los ámbitos específicos de la investigación en salud. La dificultad, en este caso, es la de tener la sensibilidad de imaginar las capacidades reales, en diferentes ámbitos de la vida social, de integrar plenamente la idea de la “maldad del acto”, más allá de los círculos que, por sus especialidades – investigadores en este caso- están familiarizados con el debate y forma parte de su vivencia profesional (la diferencia entre tocar las campanas, el estar cerca y escucharlas o el estar a una distancia en la que el sonido se confunde o no se escucha).

Una segunda interpretación sería la epistemológica (obviamente relacionada con la anterior), en el sentido de concebir la “historicidad de los hechos”, como producto de una totalidad dinámica y compleja y no como producto de una sola causa o factor, como sería, por ejemplo, la bondad o maldad de unos sujetos (actos y sujetos que se inscribe en un contexto). Es decir, en estas condiciones, el hecho deja de ser un elemento de observación aislado y pasa a ser parte de una realidad compleja (García Noval 1999).²⁴

Por último, la tercera interpretación constituye la ineludible consideración del análisis socio histórico del país (como parte del contexto descrito), que en el momento del experimento pasaba por un período de cambio social significativo, al mismo tiempo del momento histórico de la humanidad durante la segunda guerra mundial. Las relaciones de dependencia de Guatemala son parte de ese tiempo (como lo son ahora); en otras

²³ “Si por moral entendemos un conjunto de normas y reglas de acción destinadas a regular las relaciones de los individuos en una comunidad social dada, el significado, función y validez de ellas no puede dejar de variar históricamente en las diferentes sociedades...”

²⁴ Se trata de recordar, con *Ortega y Gasset*, que “En la conexión el hecho desaparece como puro hecho y se transforma en miembro de un ‘sentido’. Entonces se entiende. El ‘sentido’ es la materia inteligible”.

palabras, habrá que comprender que es imposible entender el sentido de la bioética médica si se desliga del contexto (Gracia, D. 2000).

En Guatemala, en el caso de estos experimentos, se necesita profundizar y prolongar el proceso de indagación en la información disponible y su discusión desde múltiples perspectivas incluyendo la bioética pues esto contribuiría a evitar la vorágine de juicios prematuros y que se cometan injusticias en nombre de la justicia, al enarbolar banderas éticas declinando a su vez otras (como de hecho sucede con alarmante frecuencia en la práctica política y en las interacciones cotidianas). En este sentido se necesita revisar dos hechos:

El primero es la aparición de nombres de personas, médicos o funcionarios guatemaltecos, de forma tal que los coloca de inmediato en un juicio público prematuro; esto es un acto irresponsable y contrario a una normatividad ética básica, y podría incluirse entre lo que se reconoce como “ética mínima” y equipararla con el “*primum non nocere*” del prestigio y la autoestima personal de los afectados (no importa si ya han fallecido). Entre los nombres que aparecen hay algunos que fueron reconocidos por sus calidades profesionales y, lo que es más importante, por su honorabilidad. La pregunta es *¿tuvieron algo que ver con esa investigación?* Parece dudoso, pero en todo caso su nombre no merece estar expuesto *a priori*.

El segundo es si los señalamientos sin matices al gobierno de *Juan José Arévalo* y a algunos de sus funcionarios, ha pasado a ser un terreno de ajustes de cuentas ideológicos. No identificar los sesgos, en cualquier espacio ideológico y político (no hay ideología ni postura política libre del sectarismo), es un salto al vacío de quienes pretenden enjuiciar un hecho desde una perspectiva ética. No se trata de renunciar al derecho y obligación de emitir el juicio crítico, sino de alcanzar ese máximo de honestidad que incluye el enfrentar los prejuicios y contrastar las ideas con los propios actos.

Para evitar ese salto al vacío, es necesario revisar algo más de ambas dimensiones. **(a)** El primero desde las conductas en el ejercicio de la medicina y, **(b)** en el nivel político-ideológico que empieza y va atravesar la discusión pública.

(a) Sobre esa “primera dimensión” hay que reconocer el hecho de que en Guatemala, en el campo de la investigación médica, antes de la década de los ochentas se hacían relativamente pocos ensayos clínicos; estos, por lo general, no pasaban por el tamiz de los comités de ética en investigación (porque no existían), y con frecuencia se realizaban únicamente con la autorización de los jefes de servicio, ni siquiera pasaban a la consideración de las autoridades hospitalarias. Fue en la década de los ochentas en que en uno de los mayores centros de atención pública del país se empezó hablar del *Código*

de Helsinki y hasta la década siguiente empiezan a funcionar los comités de ética en investigación. Esto en gran medida porque fue un requisito impuesto a la industria farmacéutica por instancias gubernamentales de los Estados Unidos de América. En Guatemala, la institución entonces orientada fundamentalmente a la investigación fue el *Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá* (INCAP) que contaba ya con un Comité de Derechos Humanos encargado de evaluar los aspectos éticos de las investigaciones. En realidad, la mayor parte de las investigaciones realizadas en el país por iniciativa local en el sector salud fueron limitadas y más orientadas dentro del campo epidemiológico y salud pública; pocas veces se realizaban ensayos clínicos en el sentido estricto y estudios de intervención en comunidades (aunque estos últimos si los realizó el INCAP, uno de ellos muy cuestionado, en el municipio de Santa María Cauqué en el departamento de Sacatepéquez).

De lo anterior se deduce que, entre los profesionales de la salud, y más ampliamente entre los investigadores, ha habido un cambio en la percepción y juicio sobre lo que debe ser una investigación ética. Eso significa un desarrollo de la conciencia moral²⁵. Cualquiera que dijera que los médicos de hoy siguen pensando igual en todos los temas de ética médica que hace 10, 20 o 30 años, estaría cometiendo el pecado “simbiótico” de arrogancia e ignorancia. Con todo, es indudable que hace 30 años hubiesen sido rechazados los experimentos de *Cutler*, pero pasaban desapercibidos los ensayos clínicos que se efectuaban sin ningún tamiz más que el de los jefes de servicio y se realizaban sin los requisitos exigidos hoy del consentimiento informado. Es más, la utilización de nuevos antibióticos, sin costo, eran vistos como una oportunidad para los pacientes.

(b) Sobre “la segunda dimensión” con significados políticos más complejos, un informe integral que pretenda deslindar y asignar responsabilidades de funcionarios de salud pública y otras instancias, debe considerar otros argumentos y debe plantearse una serie de preguntas; por ejemplo:

¿En qué despachos transitaron y en que escritorios descansaron los documentos de la investigación referida?

¿Qué información contenían los documentos que funcionarios de salud o de gobierno tuvieron ante sus ojos? ¿Cuán completa era?

¿Qué capacidad de comprensión –entendimiento pleno- tenían quienes aprobaron la investigación pero no eran investigadores o expertos en el campo? ¿Qué capacidad de

²⁵ Sobre el tema del desarrollo de la conciencia moral, tanto individual como colectiva, hay literatura sumamente interesante desde la ética, ciencias de la educación, psicología y la interpenetración entre lo biológico y lo social. Entre otros son ilustrativos los textos clásicos de Jean Piaget, Lawrence Kohlberg, como el enfoque del biólogo Francisco Ayala y el trabajo didáctico de Javier Burón Orejas, acá citado.

conocer y evaluar los detalles? ¿Cuánto cuenta en las decisiones la confianza en un técnico subalterno?

¿Cómo podía influir en sujetos de buena fe el prestigio de la ciencia y en particular la medicina norteamericana? En general: ¿Cómo se construyen y qué papel juegan las “subjetividades subalternas” en este y otros campos? ¿Cómo, en qué medida y a qué ritmo se liberan los seres humanos de esa “subalternidad”?

¿Cómo se explica que un experimento que revela una actitud brutalmente discriminatoria fuera aceptada por el primer gobierno que, desde la independencia de Guatemala, se permitía señalar la prepotencia imperial?²⁶

Para responder estas preguntas, se debe recurrir a dos recursos: el primero agotar las fuentes de información empírica que dará algunos datos para resolver principalmente las dos primeras preguntas (pero negará otros, pues no existirán o no serán desvelados) y, segundo, lo que nos pueden dar las ciencias interpretativas como la historia, sociología y antropología.

8.3 Sobre los orígenes del mal: De la ambición a la ideología o la ideología de la ambición

La lamentable experiencia que ha salido a luz serviría de muy poco si simplemente nos detenemos en la condena. La condena es un paso necesario porque significa que se aparta de la normalidad con que ciertos hechos son percibidos por la sociedad o parte de ella. La normalidad con que los sectores de poder ven y justifican los abismos de derechos y muchas veces, también, como la ven los mismos sujetos subalternos; la normalidad con que se ve la discriminación por condiciones diversas, la normalidad con la que hasta hace algunos años se veía el reclutamiento forzoso, la relativa normalidad con que nuestra sociedad vive el genocidio en Guatemala, la peor atrocidad de su historia.

No considerar un hecho como “normal”; es el primer paso, representa un salto inconmensurable. Pero, de nuevo, no basta identificar el problema, hay que encontrar las causas que lo generan y las formas de resolverlo. Es posible confeccionar una lista que incluya factores como falta de legislación, de controles, de instancias, etcétera. Pero hay algo fundamental. Los abusos históricos y los del presente como las denuncias y polémicas sobre las investigaciones de VIH en África (especialmente en los estudios sobre la transmisión vertical y el uso de placebos), tienen como mar de fondo dos males tan humanos (o más bien inhumanos) como perversos: (1) La ambición de acumulación de

²⁶ Hay otros hechos brutales y discriminatorios que persistieron en esa década democrática, como herencia de las dictaduras “liberales” del siglo XX. Algunos de ellos que a pesar de gran magnitud e impacto (usando términos epidemiológicos), ha tenido un abordaje social y académico de relativa “baja intensidad”; es el caso del reclutamiento militar forzoso que afectó especialmente a la población campesina maya.

capital por cualquier medio (la avaricia de individuos o colectividades) y, (2) Una ideología que permite la justificación de la discriminación de ciertos conglomerados humanos, considerados como inferiores; conformado por sujetos (incluso objetos) no merecedores de la misma dignidad de los grupos dominantes. Esas son las condiciones marcadas socialmente que se mencionan antes.

Guatemala es un país de pobres, de gente de piel morena y baja estatura que acumula sobre sí todos los estigmas. Fácil es, entonces, ser víctimas de quienes, a fuerza de indoctrinamiento, han internalizado sentimientos de superioridad y tienen los medios económicos, políticos y de armamento para ejercer un poder.

En el resto de este documento se intenta aportar evidencia para poder responder a las preguntas planteadas desde la perspectiva de bioética pues es a partir de este prisma que se busca entender estos hechos para, no solo deslindar las responsabilidades, sino de manera esencial, para comprender el porqué sucedió y qué debemos hacer para contribuir a reparar el daño y evitar que ocurra de nuevo.

9. CONCLUSIONES

9.1 Responsables

1) Los experimentos humanos realizados en Guatemala entre 1946 y 1948, constituyen un crimen de lesa humanidad, que produjeron deliberada y subrepticamente severo daño y ofensas a personas indefensas, a la dignidad y soberanía del país así como faltas graves a la ética en la investigación.

Responsabilidad directa recae en quienes los decidieron, diseñaron y ejecutaron, esto es, los propios investigadores y las grandes instituciones que los amparaban: Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (USPHS) y la Oficina Sanitaria Panamericana, OSP la cual firmó un convenio con la Dirección General de Salud Pública de Guatemala. Plenamente documentada está la responsabilidad directa de los profesionales estadounidenses: John C. Cutler (USPHS, en la conducción del Centro de Adiestramiento e Investigación de Enfermedades Venéreas en Guatemala); R.C. Arnold (USPHS); John F. Mahoney (Director del VDRL); Thomas Parran (*General Surgeon* de Estados Unidos); T.B. Turner (de Johns Hopkins); Dr. Neurath; Mr. Portnoy; Dr. Thomas Rivers del Instituto Rockefeller para Investigaciones Médicas de New York; de la OSP: Sacha Levitan; John Murdock (Subdirector); Virginia Harding de la OSP; los Drs. McAnally y Spoto, desde Washington: Dr. Cummings y F. Sopor. Los mismos investigadores encubiertamente reconocieron estar

constantemente engañando a los pacientes y a la opinión pública. La nómina anterior bajo reserva de futuros hallazgos.

2) Los Ministros de Salud en los años de los experimentos fueron los Drs. Julio Bianchi (1945 - 1947), Guillermo Morán (1947 - 1948) y Bernardo Aldana (1948 - 1949). Es de esclarecer el grado de su conocimiento. Papel preponderante en Guatemala jugó la Dirección de Sanidad Pública cuyo Jefe de División de Enfermedades Venéreas, Dr. Juan Manuel Funes, fue, según documentos de Cutler, la contraparte nacional. De todo estuvo probablemente enterado el Dr. Luis Galich, Director de Sanidad Pública, por haber sido de la Sección de Venereología y por haber presentado públicamente los avances de las investigaciones. También el Director del Neuropsiquiátrico, Dr. Julio Salvadó, por haber solicitado experimentar con los pacientes bajo su custodia y, según Cutler, inocular a pacientes epilépticos deteriorados y débiles. Allí estuvo también el Dr. Clementino Castillo. Según Cutler, el Ejército participaba bajo la jefatura del Servicio Médico del Hospital Militar, el Dr. Carlos Tejeda y del Dr. Raúl Maza, médico de la Guardia de Honor. Se menciona también en el Asilo de Alienados a los Drs. M. Molina (Director) y Carlos Salvadó, así como a Guillermo Balz de Asistencia Social. Aunque de estatus secundario, falta dilucidar hasta dónde tuvieron los funcionarios guatemaltecos responsabilidad directa por haber aceptado lo que estaba haciéndose y haber otorgado recursos.

3) El Presidente, Juan José Arévalo, hasta donde ha podido verse, es poco probable que tuviera la información y formación precisas para comprender plenamente lo que estaba sucediendo. La única alusión escrita encontrada hasta el momento en su 5º y penúltimo Informe al Congreso de la República en 1950, se refiere a “notables experiencias sobre el tratamiento de la sífilis que se han hecho bajo la dirección de este centro”. Hay que dilucidar la relación de sus Ministros de Salud. El constante recambio de su Gabinete acentuó la debilidad del sistema de Salud Pública (4 Ministros en 6 años, por razones aparentemente políticas).

9.2. Contexto político internacional

4) El momento político al final de la II Guerra Mundial, era el del principio de la llamada “*Guerra Fría*”, entre Estados Unidos y la Unión Soviética, cada uno con sus áreas de influencia. Estados Unidos vigilaba e intervenía en zonas particularmente débiles y sensibles: su “*Patio Trasero*” con las “*Repúblicas Bananeras*” sustentado en el substrato ideológico de las doctrinas del Destino Manifiesto, la Doctrina Monroe y la política del “*Big Stick*”, que justificaban las más o menos 19 intervenciones estadounidenses en México, el Caribe y Centro América, antes de la propiciada invasión a Guatemala en 1954.

5) Las dictaduras liberales en Guatemala antes de 1944, mantuvieron una actitud de absoluta dependencia, subordinación y debilidad externa, en mucho, para lograr apoyo siempre concedido por los Estados Unidos, en contraste con una política de violencia al

interior de la República. Los responsables buscaron y encontraron un país de esas características para actuar con total libertad, como en efecto ocurrió.

6) Pero como contrapeso, ya se había elaborado y publicado en 1947 el Código de Núremberg, en la Alemania derrotada en la Segunda Guerra Mundial, originado en los Juicios de Núremberg (1945-1946) contra los criminales de guerra nazis y sus prácticas inhumanas en campos de concentración incluyendo las experimentaciones médicas en humanos. Conclusiones relevantes incluyeron el consentimiento informado y voluntario, así como ausencia de coerción y beneficencia. Derivadamente de esto, la declaración de Helsinki (Finlandia), emitida en 1964, constituye una autorregulación del cuerpo médico y congrega un conjunto de principios éticos para la investigación médica en humanos.

9.3. Contexto sociopolítico nacional

7) ¿Por qué fue Guatemala y no algún otro país igualmente dependiente? ¿en realidad fue suficiente, como escribió Cutler, la invitación personal de un médico estudiante guatemalteco para que la autoridad suprema de la salud en Estados Unidos se decidiera por Guatemala? ¿o pudo haber otras razones que estarían por revelarse? ¿Pueden servir, como telón de fondo, las doctrinas expansionistas y el desdén aparejado?

8) Arévalo estaba consciente de la debilidad del Estado, el atraso del país en todos los órdenes y de ahí su convicción de convertir a Guatemala en una vanguardia de arte y ciencia regional. Una política de efectos inmediatos fue la de iniciar intercambios con el extranjero en pedagogía, psicología, humanidades, ingeniería, medicina y otras disciplinas. Trajo maestros y envió jóvenes con becas.

9) Por el cambio rápido en las instituciones a raíz de la Revolución de Octubre, los aparatos de Gobierno no pudieron ser cambiados simultáneamente. No fue del “todo o nada”, sino por fragmentos. La burocracia era del pasado, no para el futuro. Había estado en funciones en las tiranías del liberalismo.

10) La fragmentación del sistema de salud dificultó la regulación y supervisión de la práctica y la investigación médicas: prevalecía la falta de reglamentación sobre la investigación aunque sí existían los preceptos deontológicos de la práctica médica, si bien algunos sectores anatematizaban la naciente práctica social.

11) Tres factores lucen importantes y explicativos: 1) las condiciones de precariedad interna, dependencia y subalternidad del país. 2) la relación subalterna de los médicos guatemaltecos con sus colegas estadounidenses. 3) la marcada estructura de exclusión y marginación social en Guatemala. El escenario para que ocurran casos similares puede estar presente.

9.4 Discriminación y racismo

11) En Estados Unidos ha sido ostensible el racismo, incluso legalizado, hacia los afroamericanos (como en el caso Tuskegee para este caso) y pueblos originarios. También aparece el racismo en la doble moral: por un lado, el castigo a los genocidas nazis pero por el otro y al mismo tiempo, el racismo despectivo hacia poblaciones internas y extranjeras consideradas inferiores. Justificaban que a los indígenas en la prisión y Asilo no se les explicara nada. En Estados Unidos, sólo profesionales específicos conocerían la dicotomía guatemalteca indígena – ladino, mas en general, todos los latinoamericanos seríamos lo mismo.

12) En Guatemala también predomina la discriminación y racismo en sectores sociales, sin excluir estamentos educados como los profesionales, hacia indígenas y posiblemente hacia sectores desvalorizados como los del experimento. Con mucha probabilidad, ello fue una causa para que funcionarios de salud no hubieran visto como anormales los experimentos. De haberse tratado de otros sectores sociales, lo más probable, nunca los hubieran realizado.

9.5 Derecho y ética

9. 5.1 Bases Jurídicas.

13) La vida humana constituye un bien jurídico fundamental, el bien supremo, condicionante de los demás derechos.

14) El ser humano es el titular de los derechos mencionados y la violación a los mismos en el caso de los experimentos humanos constituye una violación de lesa humanidad.

15) Estados Unidos y Guatemala, al haber ratificado la Declaración Universal de derechos Humanos de naciones Unidas y la declaración Interamericana de Derechos y Deberes del Hombre, tienen la obligación de garantizar las condiciones para que no se produzcan violaciones a ese derecho básico.

16) El Estado de Guatemala tiene obligaciones directas de acción por su responsabilidad hacia conductas activas u omisivas y el deber de garante y posee, en nombre de sus ciudadanos, la doble condición de titular y demandante de derechos que interesan a la bioética, ante todo, la protección de la vida y la salud, conocimiento de la verdad y reparación adecuada ante violaciones.

17) En el cuerpo jurídico guatemalteco hay preceptos que dimanen de los Derechos Humanos y que son obligatorios en el caso de los experimentos.

18) Ante las leyes entonces vigentes, todos los directamente responsables cometieron delitos punibles por la ley y su encubrimiento insinúa conocimiento de su responsabilidad penal.

19) El hecho ilícito que genera responsabilidad de Estado de los Estados Unidos constituye un presupuesto normativo para la aplicación de reparaciones, las cuales servirán para restaurar el orden jurídico quebrantado, restaurar las condiciones para prevenir futuras violaciones y resarcir a las víctimas de la infracción, en este caso al Estado de Guatemala.

20) Como conclusión: en el régimen internacional de los Derechos Humanos, el hecho ilícito que genera responsabilidad del Estado que en este caso es el de Estados Unidos, presupone normas para la aplicación de reparaciones, porque estas servirán para: a) restaurar el orden jurídico quebrantado, acreditando la vigencia de las decisiones jurídico-políticas fundamentales que informan ese régimen internacional y sosteniendo la eficacia del derecho objetivo; b) crear o restaurar las condiciones idóneas para el curso de las relaciones sociales y jurídicas lo cual implica la prevención de futuras violaciones; c) resarcir en el amplio sentido a las víctimas de la infracción, en este caso al Estado de Guatemala

9.6 Perspectiva bioética

21) Existen suficientes elementos de juicio para concluir sobre la gravedad de las violaciones éticas en estas investigaciones. En estos experimentos se violaron los siguientes principios éticos: Constituyó una violación del principio de no maleficencia con la inoculación de una “substancia” nociva. Se violó el principio de CONSENTIMIENTO INFORMADO: No se explicó y no se les pidió consentimiento. DELIBERADA EXPOSICION A LA ENFERMEDAD: no es ético ni lícito provocar daño al paciente. POBLACIONES VULNERABLES: los grupos vulnerables deben ser protegidos por la sociedad y especialmente por el gremio médico. COACCION A AUTORIDADES PARA PERMITIR EL ESTUDIO: la situación política permitió esta coacción hacia un país más débil, a sabiendas que no se permitiría en el propio país dicha experimentación. “REGALOS” PARA PERMITIR LA INVESTIGACIÓN: no es lícito dar incentivos para participar en una investigación. AUTORIDADES LOCALES INEFICIENTES: Las autoridades locales abusaron de su poder para facilitar el estudio en el país con población vulnerable. FALTAS A LA ETICA MÉDICA: El médico debe procurar la salud del paciente ante todo.

22) John Cutler y sus colegas son responsables que lo admitieron. Tenían plena conciencia de que sus actos constituían una grave violación a la ética médica y de investigación. La mayor violación fue el daño causado por la inoculación, se violó el principio más antiguo, el de la no maleficencia.

23) Como primer punto, no considerar un hecho de éstos como “normal”. Pero no basta con identificar el problema, hay que encontrar las causas y las formas de resolverlo. Los abusos históricos tienen como mar de fondo 1) La ambición de acumulación de capital por

cualquier medio y 2) Una ideología que permite la justificación de la discriminación de ciertos conglomerados humanos, considerados como inferiores.

10. RECOMENDACIONES

La subcomisión de salud de la comisión técnica propuso las siguientes recomendaciones preliminares (marzo, 2011):

1 Uno de las impostergables acciones debe ser el proceso de identificación, tanto de las víctimas, tanto ya fallecidas como sobrevivientes, como de sus familiares y descendientes.

2 Establecer el impacto que los experimentos tuvieron en sus vidas y a partir de este conocimiento, desarrollar mecanismos de compensación económica y social.

3 Esta ofensa a la dignidad nacional no puede quedar en un simple perdón, por lo que, aún cuando es difícil monetizar las ofensas a la dignidad, es necesario desarrollar procesos de compensación para las víctimas que resultaron afectadas por la acción e inacción del Estado y para el Estado mismo.

4 Establecer las medidas necesarias y efectivas para que hechos como estos experimentos no vuelvan a ocurrir revisando la legislación y el cuerpo normativo que regula la investigación en Guatemala; esclareciendo si estos reglamentos son los adecuados para dar cumplimiento a las normas éticas de la investigación.

5 Establecer mecanismos de vigilancia y regulación de la investigación en Guatemala promoviendo reflexiones sobre cómo se organiza y actúa el sistema de salud guatemalteco y promoviendo la conformación de entes independientes y vinculantes que vigilen y hagan valer la reglamentación de los procesos de investigación.

6 Continuar con esta investigación y con la Comisión Presidencial de Esclarecimiento, pero al mismo tiempo, promover estudios independientes al Estado para generar balance y rendición de cuentas de las instituciones involucradas y evitar los conflictos de intereses.

11. BIBLIOGRAFÍA

Alcero R, (1943), Revista Médica Hondureña, A 13, No. 2, Choluteca, marzo 1943

Archivos (2011) Investigación archivística sobre experimentos practicados en seres humanos en Guatemala 1946-1948, Archivo General de Centro América, Dirección de los Archivos de la Paz, Archivo Histórico de la Policía Nacional, Guatemala

Arévalo, Juan José (1987) (a) Seis años de Gobierno. Informes. Discursos. Mensajes. Tomo I. Guatemala, CENALTEX, Ministerio de Educación.

Arévalo, Juan José (1987) (b) Seis años de Gobierno. Informes. Discursos. Mensajes. Tomo II. Guatemala, CENALTEX, Ministerio de Educación.

Arévalo, Juan José (1998) Despacho Presidencial. Obra póstuma del Dr. Juan José Arévalo Bermejo. Guatemala, Editorial Óscar de León Palacios

Asturias Edwin (1989) Historia de la Práctica y el Saber Médico en Guatemala, Tesis de graduación, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala

CDC (2011) Reporte Médico (Centro de Control y Prevención de Enfermedades). Hallazgos del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos. Estudio de Inoculación de Enfermedades Sexualmente Transmitidas en 1946-48, basado en los papeles de Archivo de John Cutler, médico, en la Universidad de Pittsburgh. 29 de septiembre, 2010. (Traducción, extractos y citas textuales por Jorge Solares.

Constitución de la República de Guatemala 1945

Contreras, Daniel (S.f.). Historia independiente (En Historia Popular de Guatemala). Guatemala, Fundación para la Cultura y el Desarrollo.

Cutler J (1948 (a)) . Letter to Mahoney. In Mahoney JE (ed). Guatemala: 1948.

Cutler J (1948 (b)). Letter to Dr. Mahoney. In Cutler J (ed).

Cutler J, (1948) Archivos personales, excerpts of experimental summaries, cronology.

Cutler J. (1947) Letter to John F. Mahoney. In Mahoney JE (ed). Guatemala

Dirección General de Sanidad Pública (1948) SANIDAD. Revista Científica de Distribución gratuita. Julio de 1948. Patrocinada por la Dirección de Sanidad Pública. Director General Dr. Luis F. Galich. Época I, No. 11. Encargado de la revista: Enrique Juárez. Pp. 2-3.

Experiment No. 2, (1947) Gonorrhoea Prophylaxis.

Experiment No.3, (1947) Gonorrhoea Profilaxis. In. Cutler Archives

Funes, Juan M. (1948) "Avances Venereológicos en la Sección correspondiente de la Dirección de Sanidad Pública de Guatemala," Salubridad y Sanidad, Órgano Mensual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Tomo I No. 3 (Diciembre de 1948): pp. 15- 23.

Funes, Juan M. (1949), "Proyecto de nueva legislación antivenérea, consideraciones generales", Salubridad y Asistencia, Órgano del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Tomo II, Nos. 3 (Marzo 1949). Pp. 3-10

Funes, JM. (1953), Cutler JC, Levitan S et al. [Serologic and clinical studies of syphilis in Guatemala, Central America. II. Study of a group of school children in the port of San Jose]. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Sanitary Bureau 1953; 34: 14-18.

Funes, Juan (1948) "Avances Venereológicos en la Sección correspondiente de la Dirección de Sanidad Pública de Guatemala," Salubridad y Sanidad, Órgano Mensual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Tomo I No. 3 (Diciembre de 1948

Funes, Juan, (1949) Avances venereológicos en la sección correspondiente de la Dirección General de Sanidad, República de Guatemala, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Tomo (vol) XXVIII

García Noval, José (1999) 69-77. Violencia y conocimiento. En: Psicología social y violencia política. ECAP. Guatemala.

Gleijeses, Piero (1991) The Shattered Hope. The Guatemalan revolution and the United States, 1944-1954. Princeton University Press

Gracia, Diego (1990) 374-378. Introducción a la Bioética Médica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 108 (5 y 6).

Gracia, Diego (2000) 51-77. Fundamentación y enseñanza de la bioética. Editorial El Búho. Bogotá. Colombia.

Harlow E. Letter to JE Mahoney. In Mahoney JE (ed) Letter to Mahoney

Historia Popular de Guatemala (1998) Fundación para la Cultura y el Desarrollo, Historia General de Guatemala. Asociación de Amigos del País.

ICEFI (2006) Historia Tributaria de Guatemala

JAMA (2011) Frieden, Thomas R.; Francis S. Collins. Intentional Infection of Vulnerable Populations in 1946-48: Another Tragic History Lesson.

Jones, James H (1993) Bad Blood. The Tuskegee Syphilis Experiment. New York, The Free Press

Luna, Florencia & Salles, Arleen (1998) 14-45. Bioética. Investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada. Editorial Sudamericana. Buenos Aires.

Mahoney (1947) JE. Letter to Dr. Fred L. Soper.

Mahoney JE (1948). Letter to John C. Cutler. In Cutler J (ed). Staten Island

Malavassi Ana (2006) El encuentro de la Fundación Rockefeller con América Central, 1914-1921 Diálogos, revista electrónica de historia, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

Obligation Report (1948). V.D. Guatemala Project. In Cutler J (ed). 1948.

OMS (2000) Estado Mundial de la Salud

OMS (2002), 25 preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos, serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos No 1

Part I, (1955). In JM (ed); 1-50. Cutler Archives

Part IV, (No year). Treatment.1-10. Cutler Archives

Part VI (No year). Clinical course of infection; 1-18. Cutler Archives

PNUD (2010) Informe de Desarrollo Humano Guatemala

Portnoy J (No Year), Galvez R, Cutler JC. Clinical and serologic studies with reference to syphilis in Guatemala, Central America. III. Studies of comparative

Reverby, Susan M (2011) "Normal Exposure" and Inoculation Syphilis: A PHS "Tuskegee" Doctor in Guatemala, 1946-48. Journal of Policy History. Special Issue on Human Subjects. January 2011 in press, pre-copy edited draft. Wellesley College. Professor in the History of Ideas and of Women's and Gender Studies. (Extractos Jorge Solares, traducción Leticia Estrada

Revuelta Fernando (1980) Fragmentos de narración (*“La verdad sobre la Dramática Caída de Jacobo Árbenz”*). Cuadernos Universitarios No. 6, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de San Carlos de Guatemala, (149-153)

Rivadeneira Luis (2001) Guatemala: población y desarrollo, Un diagnóstico socio demográfico, Serie población y desarrollo No. 20, SEGEPLAN, CELADE, Santiago de Chile, 2001

Rivera Ramiro (1985) Evolución de la Salud Pública en Guatemala, Departamento de Artes Gráficas Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala.

Rossi M, Rubilar Amanda (2007) Breve reseña histórica de la evolución de los

Samayoa Chinchilla, Carlos (1967): El dictador y yo. Editorial “José de Pineda Ibarra”. Guatemala.

Salubridad y Asistencia (1949) Órgano del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Tomo II, Nos. 4-5-6-7 (Abril-julio 1949). Dedicado al Segundo Congreso Centro-Americano de Venereología.

Salubridad y Asistencia. 1948 (a) Órgano del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Tomo I, No. 1. (Octubre de 1948). “Presentación.”

Salubridad y Asistencia. 1948 (a) Órgano del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Tomo I, No. 2. (Octubre de 1948). “Presentación.”

Secret-Confidential (1952) Experimental studies in Gonorrhoea. Cutler Archives

Sistemas de salud. El caso argentino: una historia de fragmentación e inequidad Revista de la Asociación Médica Argentina, volumen 120 No. 3

Tejada Pardo, D. (2005) Derechos humanos y derecho a la salud: construyendo ciudadanía en salud. Lima: Organización Panamericana de la Salud

Tischler Visquerra, Sergio (2009). Guatemala 1944: Crisis y Revolución. Ocaso y quiebre de una forma estatal. Guatemala. F&G Editores.

12. APÉNDICES.

APÉNDICE UNO:

Análisis de la Procuraduría General de la Nación, Guatemala (junio, 2011).

I. INTRODUCCIÓN:

El Estado de Guatemala, por medio de la Dra. Susan Reberby, tiene conocimiento que en 1946, un grupo de investigadores del Departamento de Salud Pública de los Estados Unidos de América y profesionales guatemaltecos, dirigidos por el doctor John C. Cutler, iniciaron en Guatemala una serie de experimentos mediante la inoculación de enfermedades venéreas, gonorrea, sífilis y chancro blando, en personas guatemaltecas con el objeto de obtener información sobre los métodos de profilaxia contra estas enfermedades.

Se presume que dichos procedimientos fueron coordinados por el Dr. Juan Funes, Director de la Unidad de Enfermedades Venéreas, quien había sido entrenado en el centro de investigaciones donde trabajaba el Dr. Cutler; incluso se cree que fue él quien facilitó la llegada de los médicos norteamericanos a Guatemala y coordinó todas las acciones realizadas.²⁷

Dicha experimentación fue practicada específicamente en personas que se encontraban bajo la responsabilidad del Estado, entre los que se encontraban enfermos mentales recluidos en el asilo de alienados, reos de la Penitenciaría Central, huérfanos y a mujeres que ejercían la prostitución. Se utilizaron diferentes métodos con el objeto de propagar las enfermedades venéreas y los casos ascienden a 3,780 de los cuales fueron afectados 1,160.

II. MARCO LEGAL:

a) NORMAS VIGENTES EN EL CONTEXTO HISTÓRICO DE LA INOCULACIÓN DE ENFERMEDADES VENÉREAS EN GUATEMALTECOS DURANTE LOS AÑOS DE 1946 A 1948.

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA, Vigente desde el 15 de marzo de 1945

Es importante puntualizar que la Constitución establecía la protección a la persona, por lo que las autoridades estaban obligadas a mantener los derechos de las personas, y cualquier transgresión implicaba la responsabilidad del funcionario y empleado público que la cometa.

²⁷ Investigación archivística sobre experimentos practicados en seres humanos en Guatemala. 63, 171.

En el Título III. Garantías individuales y sociales, Capítulo I, artículo 21 se establecía lo siguiente: *“Garantías Individuales. Toda persona goza de las garantías que establece esta Constitución, sin más restricciones que las que ella misma expresa. Con igual salvedad se declara ilegal y punible cualquier discriminación por motivo de filiación, sexo, raza, color, clase, creencias religiosas o ideas políticas”*.

El artículo 23 establecía que *“El Estado protege de manera preferente la existencia humana. Las autoridades de la República están instituidas para mantener a los habitantes en el goce de sus derechos, que son primordialmente la vida, la libertad, la igualdad y la seguridad de la persona, de la honra y de los bienes...”*.

Por su parte el artículo 24, hace referencia al Estado de Derecho, preceptuando que *“Los funcionarios no son dueños sino depositarios de la autoridad, sujetos y jamás superiores a la ley y siempre responsables por su conducta oficial. En tal concepto, ningún organismo del Estado ni funcionario público tiene más facultades o autoridad de las que expresamente les confiere la ley. La responsabilidad civil de los funcionarios y empleados públicos por cualquier transgresión a la ley, cometida en el desempeño de su cargo, podrá deducirse en todo tiempo mientras no se haya consumado la prescripción, cuyo término sería de diez años. La responsabilidad criminal se extinguirá por el transcurso de doble tiempo del señalado por la ley penal. En ambos casos, el término de la prescripción comenzará a correr desde que el funcionario o empleado público hubiere cesado en el ejercicio del cargo durante el cual incurrió en responsabilidad... Si el funcionario o empleado público, en el ejercicio de su cargo, infringe sus deberes en perjuicio de tercero, el Estado o la corporación a quien sirve serán subsidiariamente responsables de los daños y perjuicios consiguientes...”*

EL DECRETO 1877, PROMULGADO EL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1936, DURANTE EL GOBIERNO DE JORGE UBICO, CÓDIGO DE SANIDAD.

En este cuerpo legal, se establece la organización de la acción sanitaria en el país, que tiene como objeto velar por la salubridad general e higiene pública, indicando que el Director General de Sanidad, es la autoridad directamente encargada de la acción sanitaria, y como tal le corresponde la administración general del servicio, quien será nombrado por el Presidente de la República.

Secciones adscritas a la Dirección General de Sanidad:

1. Laboratorio Bacteriológico
2. Laboratorio Biológico
3. Laboratorio Químico y de Combustibles y Bebidas

4. Sección de Lucha Antimalárica y Enfermedades Endémicas
5. Sección de Epidemiología
6. Sección de Abastos
7. Juzgado de Sanidad
8. Inspección de Farmacias y del Tráfico del Opio
9. Protección a la Infancia
10. Tesorería General y Proveduría
11. Ingeniería e Inspecciones Sanitarias
12. Veterinaria y Policía Animal
13. Inspección Médica de Zonas
14. Sección de Lucha contra las Enfermedades Venéreas
15. Sección de Estadística Sanitaria

Dentro de esta normativa se establece la protección del territorio nacional contra la invasión de las enfermedades transmisibles por el tráfico internacional, en puertos y fronteras marítimas y fluviales; estableciendo un Servicio de Seguridad Marítima, e incluso se imponía la obligación a los Ministros y Cónsules del país, residentes en el extranjero que comunicaran a la Dirección General de Sanidad, la posible aparición de enfermedades infecto-contagiosas de declaración internacional obligatoria.

En su artículo 28 establece la obligación de la Dirección General de Sanidad, de determinar en un reglamento, las enfermedades que se consideren transmisibles y de declaración obligatoria, con el objeto de impedir su propagación y tomar las precauciones y medidas profilácticas.

El artículo 40 preceptúa que la Dirección General de Sanidad, está obligada a hacer cumplir las medidas necesarias para la prevención y tratamiento de las enfermedades de carácter venéreo, estableciendo Dispensarios de Profilaxia, tratamiento y demás medidas necesarias. Incluso era obligatorio que las personas que ejercieran la medicina, llevaran un registro de los enfermos que padecieran sífilis, blenorragias, chancro blando, granuloma venéreo, papilomas en la vulva y tuberculosis vulvar, por lo que deberían hacer constar los datos del paciente para su traslado a la autoridad sanitaria del lugar con el objeto que iniciara su tratamiento.

Es decir que esta normativa contemplaba la obligación de la Dirección General de Sanidad, de velar por la salud, en un sentido preventivo y de tratamiento posterior, para evitar la propagación de enfermedades venéreas, estableciendo la necesidad de un tratamiento urgente y del control minucioso de las personas que padecían este tipo de enfermedades.

REGLAMENTO DE LA SECCIÓN DE PROFILAXIA SEXUAL Y DE ENFERMEDADES VENÉREAS DEL 7 DE JUNIO DE 1938, ADICIONADO EL 22 DE OCTUBRE DE 1938 Y EL 13 DE MAYO DE 1947.

Este reglamento regula lo referente a la Sección de Profilaxia Sexual y Enfermedades Venéreas, cuyo objetivo principal es *“velar por la salud de la colectividad en lo que se refiere a la propagación de las enfermedades venéreas, empleando las medidas profilácticas y curativas necesarias, orden social y económico que provocan y mantienen la prostitución”*.

Quedan afectas a este reglamento las mujeres cualquiera que sea su nacionalidad, que se dediquen al comercio sexual debiendo inscribirse en la Sección de Profilaxia Sexual y Enfermedades Venéreas para obtener las constancias del permiso correspondiente, de lo contrario el reglamento establece sanciones para el ejercicio clandestino de la prostitución.

Dicha inscripción podría ser voluntaria o de oficio mediante un procedimiento ante los Juzgados de Sanidad, y la misma no podía realizarse si las mujeres eran menores de 18 años y mayores de 45, mujeres encinta, las que se conservaran en estado de virginidad, las casadas que vivían con su esposo e hijos, las divorciadas con menos de 10 meses de separación de cuerpos, las débiles mentales, alcohólicas, drogadictas, las que padecían de las siguientes enfermedades: sífilis activa, gonorrea chancros, granuloma venéreo, lepra, tuberculosis abierta, prolapso genital o rectal, piorrea avanzada, dermatosis contagiosa y otras que determine la Dirección General de Sanidad Pública.

Al estar inscritas en los Juzgados de Sanidad, estaban obligadas a llevar una ficha de inscripción cuyos principales datos eran los siguientes: número de orden y registro, el retrato, nombres y apellidos completos, edad, apodo, estado civil, lugar de nacimiento, nacionalidad, residencia, oficio o profesión, residencia, nombres y apellidos de los padres, y un apartado para las infracciones cometidas y sanciones impuestas.

La mujer inscrita debía recibir un “libreto sanitario”, que debía contener sus datos de identificación, fotografía y la firma del médico encargado de practicar los exámenes y los resultados mismos. Teniendo como obligaciones principales:

1. Portar y presentar ante las autoridades el libreto sanitario.
2. Someterse a inspección y examen médico dos veces por semana en el Dispensario Profiláctico en los días y horas indicados por el Jefe del Servicio.

3. Mantener un equipo profiláctico que el Jefe del Dispensario le haya indicado.
4. Cumplir las prescripciones que el Jefe Médico del Servicio le fije.
5. Asistir con puntualidad a las conferencias del curso de profilaxia.
6. Prohibido permitir en su habitación el consumo de bebidas alcohólicas.

Teniendo los derechos de tratamiento y hospitalización gratuitos; el poder abocarse a las autoridades cuando se trate de ultrajes o de explotación con ganancia de otros y el derecho a su retiro temporal o definitivo.

Dicho reglamento contemplaba un servicio técnico desempeñado por un Médico, Jefe General del Servicio, adscrito a la Dirección General de Sanidad Pública, contando con las siguientes dependencias:

- a) Dispensarios Profilácticos: en el cual debían realizarse la inscripción de mujeres dedicadas al comercio sexual para realizar los exámenes periódicos clínicos y de laboratorio, por lo menos dos veces a la semana con el objetivo de detectar las enfermedades contagiosas y manifestaciones de sífilis y chancros; así como los exámenes serológicos para la sífilis que debían practicarse por lo menos una vez cada dos meses.

Dichos exámenes tenían como finalidad mantener a las inscritas en estado de buena salud y seguridad para no propagar enfermedades venéreas, así como el de brindarles los tratamientos necesarios para evitar las fuentes de contagio.

- b) Laboratorios de Diagnóstico: Bacteriológico y Serológico, que prestaban los servicios a la Sección y cuyos resultados eran entregados a los Jefes de Servicio.
- c) Hospitales: debían de dar el tratamiento de las enfermedades venéreas de la República, que requirieran la intervención quirúrgica y hospitalización.

Asimismo, los únicos competentes para juzgar las contravenciones del Reglamento, eran los Jueces de Sanidad, para lo cual se podían imponer las siguientes sanciones:

- a) Amonestación: que se impondrá por faltas leves cometidas por las mujeres inscritas, entre las cuales se encuentran el no portar el libreto sanitario; no asistir a los exámenes sanitarios a que esté obligado, sin causa justificada; cambiar de domicilio sin dar aviso y no tener en su domicilio los útiles de profilaxia a que esté obligada.

- b) Multa: Por faltas que no siendo leves no lleguen a constituir delito, aplicándose una escala de cinco a treinta quetzales en los casos siguientes: la mujer inscrita enferma que sin causa justificada, deje de presentarse a los Dispensarios para su tratamiento; la mujer que deje el hospital sin el certificado médico respectivo; la mujer enferma inscrita que siga ejerciendo la actividad de comercio sexual;

- c) Prisión: dicha sanción se aplicaba por la multireincidencia de las faltas y era sancionada con prisión de un máximo de cincuenta días.

Los Juzgados Sanitarios tenían la obligación de llevar los registros estadísticos necesarios de las mujeres dedicadas al comercio sexual.

Dicho reglamento tenía como objetivo evitar la propagación de enfermedades venéreas de contagio sexual, y las mujeres que ejercían el comercio sexual estaban obligadas a realizarse los estudios periódicos necesarios para resguardar la salud de los ciudadanos.

DECRETO NÚMERO 2164 DE LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA DEL 25 DE MAYO DE 1936, CÓDIGO PENAL.

Establece los sujetos que son responsables criminalmente: clasificándose en autores, cómplices y encubridores, estableciendo que toda persona responsable criminalmente de un delito, lo es también civilmente.

Los autores son los que toman parte directa en la ejecución del hecho, los que fuerzan o inducen directamente a otro a ejecutarlo y los que cooperan en la ejecución del hecho por medio de un acto sin el cual no se hubiese podido ejecutar.

Los cómplices son los que no se hallan comprendidos en las acciones realizadas por los autores pero que cooperan en la ejecución del hecho por actos anteriores o simultáneos.

Los encubridores son los que sin haber intervenido en la perpetración del delito como autores o cómplices, participan con posterioridad a su ejecución.

El Título VIII, párrafo V, contempla el delito del contagio venéreo, el que se transcribe en los siguientes artículos:

“Artículo 337. El que encontrándose contaminado de una enfermedad venérea la transmitiere de propósito a otra persona será castigado con la pena de un año de prisión correccional si el mal fuere de fácil curación y con tres años si la enfermedad fuere de carácter grave”.

“Artículo 338. El que conociendo o sospechando que está contaminado de enfermedad venérea expusiere al contagio o contagiare a otro, será castigado con seis meses de arresto mayor”.

“Artículo 339. El que no sabiendo que está enfermo transmitiere a otro una enfermedad venérea, será castigado con dos meses de arresto mayor”.

“Artículo 340. Son responsables como cómplices de contagio venéreo, los que teniendo conocimiento de que una persona que se encuentra bajo su guarda está contaminada de enfermedad venérea no procura evitar el contagio”.

“Artículo 342. Los ascendientes, tutores, guardadores, protutores, maestros y cualesquiera personas que con abuso de autoridad o encargo cooperen como cómplices a la perpetración de los delitos comprendidos en los cinco párrafos precedentes, serán penados como autores”.

De lo establecido se presume que las personas a cargo de la coordinación de este tipo de experimentación, conocían los alcances de la misma y la responsabilidad penal a la que podían estar sujetos.

b) NORMATIVA INTERNACIONAL

Declaración Universal de Derechos Humanos (adoptada y proclamada en Asamblea General en su resolución 217 A (III) de 10 de diciembre de 1948.

Por medio de la cual se proclama que todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (entró en vigor el 3 de enero de 1976)

En su Preámbulo establece que los derechos tienen por base el reconocimiento de la dignidad inherente a la persona humana.

En este sentido resulta importante citar la Convención de Viena sobre el derecho de los tratados de 1969, que en su artículo 53 establece: *“Tratados que están en oposición con una norma imperativa de derecho internacional general (“jus cogens”). Es nulo todo tratado que, en el momento de su celebración. Esté en oposición con una norma*

imperativa de derecho internacional general. Para los efectos de la presente Convención, una norma imperativa de derecho internacional general es una norma aceptada y reconocida por la comunidad internacional de Estados en su conjunto como norma que no admite acuerdo en contrario y que sólo puede ser modificada por una norma ulterior de derecho internacional general que tenga el mismo carácter”.

c) LEGISLACIÓN NACIONAL VIGENTE

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA

Vigente desde el 14 de enero de 1986.

Afirma en su preámbulo la primacía de la persona humana como sujeto y fin del orden social, asimismo en su artículo 1 establece la protección de la persona y en el artículo 2 establece que es deber del Estado garantizarle la vida, la libertad, justicia, seguridad, paz y desarrollo integral de la persona.

DECRETO NÚMERO 17-73 DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA, CÓDIGO PENAL.

El Código Penal vigente contempla los siguientes delitos:

El artículo 151. “Contagio de Infecciones de transmisión sexual. Quien a sabiendas que padece de infección de transmisión sexual, expusiera a otra persona al contagio, será sancionado con prisión de dos a cuatro años. Si la víctima fuere persona menor de edad o persona con incapacidad volitiva o cognitiva, la pena se aumentara en dos terceras partes”.

El artículo 301. “Propagación de enfermedad. Quien, de propósito, propagare una enfermedad peligrosa o contagiosa para las personas, será sancionado con prisión de uno a seis años”.

El artículo 418.- Abuso de autoridad: “El funcionario o empleado público que, abusando de su cargo o de su función, ordenare o cometiere cualquier acto arbitrario o ilegal en perjuicio de la administración o de los particulares, que no se hallare especialmente previsto en las disposiciones de este Código, será sancionado con prisión de uno a tres años. Igual sanción se impondrá al funcionario o empleado público que usare de apremios ilegítimos o innecesarios”.

III. ANÁLISIS JURÍDICO SOBRE LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO POR LOS HECHOS OCURRIDOS DURANTE LOS AÑOS DE 1946 A 1948.

De conformidad con las leyes vigentes durante el período de 1946 a 1948, se establece que el Estado de Guatemala, tenía la responsabilidad de garantizar la vida y la salud de las personas con la finalidad de brindar una vida digna. Dichos principios se mantienen vigentes a la fecha, el hecho que las leyes citadas en apartado III) del presente análisis ya no se encuentran vigentes, no significa que no hayan subsistido principios y garantías que en la actualidad regulan leyes y tratados internacionales a favor de las personas, y que trascienden el ámbito de vigencia de las leyes.

Para entender esta situación que excede la temporalidad de las normas es importante dar a conocer lo que significa el Derecho a la Dignidad Humana y que Cabanellas lo define como: *“El que tiene todo hombre para que se le reconozca como ser dotado de un fin propio, y no cual simple medio para fines de otros”*²⁸. En el presente caso se presume la autorización de funcionarios y empleados públicos, y la anuencia de las autoridades encargadas de velar por la protección de la persona, para fines experimentales, realizados sobre los grupos más vulnerables de la sociedad y que se encontraban en su mayoría bajo la protección del Estado (enfermos mentales, presos, huérfanos).

Para determinar la responsabilidad del Estado, debe comprobarse la participación de las autoridades en la coordinación de las inoculaciones realizadas; así como la falta de conocimiento y consentimiento de los grupos sobre los cuales fueron realizados los experimentos. En el caso que quede efectivamente probada la cooperación del Estado para que médicos de los Estados Unidos de América realizaran los experimentos que dieron como resultado la enfermedad y muerte de personas guatemaltecas, la responsabilidad del Estado sería de carácter civil y moral y subsiste hasta la presente fecha, aunque las leyes que regían en los años 1946 a 1948, ya no se encuentren vigentes.

En este caso no se puede argumentar que el tiempo transcurrido entre la inoculación de las enfermedades venéreas y la muerte de las personas afectadas, tenga como consecuencia la prescripción de las acciones legales, se considera que dicha prescripción no opera, en virtud que las acciones realizadas son violatorias de derechos fundamentales y afectaron a grupos altamente vulnerables de la sociedad, que no dieron su consentimiento para ser sometidos a un experimento que iba en contra de todo principio de dignidad humana.

²⁸ Cabanellas, Guillermo. Diccionario Enciclopédico de Derecho Usual. Tomo II. 12ª. Edición. Editorial Heliasta S.R.L. Argentina 1979. Pág. 586.

Dichos actos causaron un daño moral *“lesión que sufre una persona en su honor, reputación, afectos o sentimientos, por acción culpable o dolosa de otra....En la esfera civil: La indemnización del daño moral... procede el resarcimiento; y con mayor razón cuando la víctima lamenta a veces mucho más un agravio moral que la destrucción de un objeto moral...”*²⁹ estableciéndose no sólo una violación al derecho a la salud sino provocando con ello consecuencias que trascienden el daño físico y repercuten en la dignidad de la persona.

IV. CONCLUSIONES

A la luz del Derecho Internacional, se estima el hecho de reclamar la responsabilidad del Estado de Guatemala, tomando en cuenta que se violaron derechos fundamentales tales como la dignidad de la persona humana, la igualdad y la salud, en cuanto que el Estado tiene la obligación de brindar la protección y de garantizar el disfrute de los Derechos.

Los hechos dados a conocer al Estado de Guatemala, revelan una evidente violación a los derechos humanos de la población afectada, tomando en cuenta que los experimentos fueron practicados a personas que se encontraban bajo la responsabilidad del Estado, recluidas en el asilo de alienados, reos de la Penitenciaría Central, huérfanos y a mujeres que ejercían la prostitución y que no dieron su consentimiento para que se realizara este tipo de experimentos, actuando en violación de normas vigentes de la época.

En relación a lo anterior, la Procuraduría de los Derechos Humanos, deberá pronunciarse al respecto, tomando también en consideración la forma peyorativa y discriminatoria en la que se referían los estadounidenses a los grupos etnológicos sobre los cuales recayeron los experimentos *“sangre pura, indio e indios”*.

Por lo que el Estado de Guatemala y de los Estados Unidos de América son responsables:

1. Moralmente: derivado de la actuación de los Funcionarios Públicos que estuvieron a cargo de los experimentos. Por lo que el Estado de Guatemala debe presentar una disculpa pública por el daño moral causado.
2. Civilmente, el Estado de Guatemala podría ser demandado por las personas que se consideren afectadas, por las violaciones a sus derechos humanos; previa comprobación del daño sufrido.

²⁹ Ibidem. Pág. 473.

3. Penalmente: Los responsables de los experimentos, conforme al contexto de la época fueron autores y cómplices del delito de contagio venéreo.
4. Paralelamente las personas identificadas como víctimas directas o que haya recaído en ellas secuela de los hechos que se denuncian, el Estado de Guatemala, por medio del órgano rector en materia de salud, debe tomar las acciones pertinentes a fin de recuperar el derecho a la salud de dichas personas, atendiendo tal situación bajo los parámetros de la reparación y restauración integral de las posibles víctimas.
5. Cualquier decisión sobre el caso, deberá ser tomada por el Presidente en Consejo de Ministros.

APÉNDICE DOS.

COMITÉ NACIONAL DE ETICA EN SALUD: ANÁLISIS ÉTICO SOBRE “EXPERIMENTACIÓN EN GUATEMALA CON INOCULACION DE SÍFILIS Y OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. 1946-1948” (10 de febrero 2011).

INTRODUCCION:

El Comité Nacional de Ética del Ministerio de Salud analizó la información disponible sobre el estudio en mención, para la elaboración del Dictamen Ético final. Partiendo de hechos comprobados, se puede realizar un análisis sobre la bondad o malicia de los actos realizados por las personas y si se les puede imputar responsabilidades éticas sobre ellos.

En el caso de esta investigación partiremos de los documentos publicados, contrastándolos con fundamentos éticos reconocidos como son la dignidad de cada ser humano, el compromiso médico en su relación con los pacientes, bases éticas en la investigación con seres humanos y principios y valores morales y bioéticos.

La responsabilidad de los investigadores dependerá de su conocimiento científico de lo que realizaban y a quiénes aplicaban los conocimientos y técnicas médicas, así como de la bondad o malicia de lo que efectuaban y si lo hicieron por su propia motivación. El avance del conocimiento científico es bueno, pero ha de realizarse utilizando metodologías adecuadas y no sobreponiendo los intereses de la ciencia cuando produce daño sobre el bienestar del ser humano.

“EL FIN NO JUSTIFICA LOS MEDIOS”

CONTEXTO:

Se hizo una revisión documental relacionada con los aspectos éticos a lo largo de la historia y elementos contextuales, para fundamentar la opinión de este comité.

Nivel internacional

Juramento Hipocrático

1776 La declaración del Buen Pueblo de Virginia

1789 Igualdad de las personas de la Revolución Francesa.

1924 Declaración de Ginebra.

1928 Alejandro Fleming descubre la Penicilina, su uso masivo se inicia en la Segunda Guerra Mundial 1944,

recibió el Premio Nobel de Medicina en 1945

1944 Juicio Nuremberg

1947 Código de Nuremberg

1948 Declaración de los Derechos Humanos

Nacional:

En el inicio del estudio se encontraba en vigencia un decreto de la época de Jorge Ubico, en donde indica que cataloga las Trabajadoras del Sexo como una profesión y que deben estar en control sanitario.

En este período el país estaba saliendo de una dictadura y había mucha inestabilidad política.

Por lo que el estudio pudo desarrollarse principalmente por dos razones: Las relaciones de dominio que se daban de los países ricos hacia los países pobres y la vulnerabilidad de los servicios de salud para aceptar la imposición de estudios sin el análisis adecuado.

Principales Implicados:

El equipo de médicos fue dirigido por el **Dr. John C. Cutler**, miembro del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos (USPHS) quien trabajó bajo la supervisión de los doctores R.C. Arnold y John F. Mahoney miembros del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos (USPHS) y VDRL en Staten Island, New York

El Dr. **Juan Funes**, jefe de la División de Control de Enfermedades Venéreas de Sanidad Pública quien recientemente había realizado estudios sobre enfermedades de transmisión sexual en el Instituto VDRL, constituyéndose como colaborador accesible.

El estudio fue desarrollado con el patrocinio del Pan-American Sanitary Bureau (Oficina Sanitaria Panamericana), bajo la dirección del Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos.

Las instituciones nacionales participantes:

El Ejército Nacional de la Revolución.

El Hospital Nacional de Salud Mental

El Ministerio de Justicia

El Ministerio de Salud de Guatemala

Sucesos:

- Al final de la Segunda Guerra Mundial, la penicilina ya era accesible y se empezaba a demostrar su efectividad como tratamiento de sífilis y otras numerosas enfermedades.
- En 1944, en Estados Unidos iniciaron un estudio, infectando prisioneros sanos, inyectándoles con gonorrea; habiendo tenido dificultades en el desarrollo del estudio por lo que fue abandonado. El motivo de haber iniciado el estudio en Guatemala, fue para completar el proceso de investigación iniciado en Estados Unidos de Norte América.
- Guatemala se perfiló como un sitio excelente para estudios, ya que en los años previos la información evidenciaba poca incidencia de sífilis.

El estudio consistió:

- Expusieron sujetos a sífilis, gonorrea y chancroide a través de contacto sexual con prostitutas infectadas previamente por los responsables de la investigación.
- Inoculación a piel de brazo, mucosa genital y anal y Sistema Nervioso Central.
- Después de la inoculación les dieron tratamiento con penicilina junto con otras medidas profilácticas.
- El propósito primario del estudio fue desarrollar un modelo humano de transmisión del treponema pallidum por vía sexual y por inoculación cutánea y membranas mucosas, para evaluar la efectividad de los regímenes de quimioprofilaxis, adicionalmente se condujo el estudio para evaluar el potencial de reinfección de personas con sífilis latente no tratada o aquellas con tratamiento reciente de sífilis con penicilina, comparar la calidad de varios test serológicos para sífilis y desarrollar modelos humanos de transmisión y quimioprofilaxis de los agentes de gonorrea y chancroide

- Las personas incluidas para el estudio de la transmisión eran trabajadoras del sexo, prisioneros en la penitenciaría central, pacientes del hospital nacional de salud mental y soldados.
- Con la cooperación del gobierno de Guatemala, hicieron pruebas de seropositividad en el Orfanato Nacional en niños entre 6 y 16 años.
- Los resultados no satisfactorios los indujeron a pensar en otro grupo y recurrieron al asilo de enfermos mentales donde planearon inoculaciones en lugar de exposiciones sexuales. Para lograr la cooperación de sujetos y sus familias ofrecieron drogas que necesitaran como anticonvulsivantes.
- Inocularon directamente en genitales de hombres y mujeres, haciendo abrasiones del pene en hombres y del cérvix en mujeres. y colocando algodones con secreción contaminante.
- Administraron también Inyecciones endovenosas de las bacterias en estudio.
- Se aseguraban que los sujetos no tuvieran la enfermedad o que hubiesen tomado medicamento profiláctico antes de la inoculación.
- Admitieron no haber dicho a muchas personas que lo inoculado contenía bacteria de sífilis.
- Un virólogo del Instituto Rockefeller de Investigación dijo que es contrario a la ley hacer muchas cosas, pero que la ley “guiña” cuando un hombre de reputación quiere hacer un experimento científico.
- En la ciudad de Nueva York se considera delito inyectar a una persona con material infeccioso.
- Los funcionarios gubernamentales pidieron a Cutler regalar más penicilina al país como parte del precio de cooperación
- Cutler mantuvo la confianza en que tenía una mina de oro para experimentar.
- La investigación presentaba muchos problemas y no era concluyente.
- Un supervisor de Cutler admitió estar receloso por experimentar con enfermos mentales porque no podían dar su consentimiento y no saber qué les estaba pasando. Los soldados podrían ser mejores sujetos o los prisioneros porque podían dar su consentimiento.
- Al parecer todos los involucrados sabían que el estudio presentaba situaciones éticas complicadas.
- Habían tenido debates desde los años 1940s sobre si era ético realizar estudios de gonorrea con prisioneros.
- Sabían que no podían hacer esa clase experimentos en su país.
- Otro problema fue no poder reproducir el estudio de inducción de infección en otro lugar.
- Las deducciones del estudio no servían de base para aplicación de profilaxis en población con transmisión natural de la enfermedad.
- Los supervisores decidieron detener el estudio.
- Todo el esfuerzo para producir la enfermedad y tratar de conseguir varias clases de profilaxis quedó enterrado, sin publicarse.

- La investigación no proporcionó conocimientos consistentes en la investigación sobre sífilis.
- Posteriormente realizó un estudio en la prisión de Sing Sing en Estados Unidos, pero sin realizar abrasiones en los penes de los prisioneros, sino inoculación subcutánea.

BASES ETICAS:

1. DIGNIDAD HUMANA

Todo ser humano es digno por el sólo hecho de ser humano, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica nacimiento o cualquier otra condición.

Debe respetarse la dignidad de cada ser humano, y cada ser humano debe comportarse de acuerdo a esa dignidad, asumiendo una relación de respeto hacia cada persona, especialmente los médicos, que gozan de la confianza de los pacientes.

2. REGLA UNIVERSAL DE LA ETICA:

“NO HAGAS A OTRO LO QUE NO QUIERAS PARA TI”

ETICA MEDICA

I. JURAMENTO HIPOCRATICO

Documento de cerca de 2500 años de antigüedad, Es el código de ética médica que ha ejercido una influencia más amplia sobre las facultades universitarias y escuelas de medicina del mundo occidental.

Tiene la estructura de un compromiso para ejercer la medicina de acuerdo a principios éticos.

“Daré mis disposiciones médicas para utilidad del enfermo, según mi fuerza y mi juicio. Y cuando trae perdición y daños, quiero alejarlo de él”

No hacer daño al paciente.

La vida humana tiene un valor muy alto, y el médico no es juez para determinar el valor o no valor de la vida individual.

II. INVESTIGACION BIOMEDICA

Hay límites éticos a la investigación.

“Nunca los intereses de la ciencia o de la sociedad deben prevalecer sobre los del individuo”.

La ciencia es un gran bien, cuya adquisición es un acto moralmente noble, pero no es un valor absoluto.

Los derechos personales del paciente a la vida física y espiritual, al respeto de su integridad humana, o a mantener una relación confiada con su médico, son valores que sobrepasan éticamente al interés de la ciencia.

III. BIOETICA

- Es el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que dicha conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales.

PRINCIPIOS APLICABLES A LA INVESTIGACION BIOMEDICA

1. AUTONOMIA:
Respeto al paciente y a su autodeterminación
2. BENEFICENCIA - NO MALEFICENCIA
Busca el bien del paciente y no hacerle daño
3. JUSTICIA
Darle a cada quien lo suyo, de acuerdo a su dignidad. Tratando a todos por igual.

PRINCIPIOS ÉTICOS VIOLADOS EN EL ESTUDIO

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO:
No se explicó a los sujetos la metodología ni riesgos a los que estarían expuestos y no se les pidió consentimiento.
2. DELIBERADA EXPOSICION A LA ENFERMEDAD
No es lícito provocar daño al paciente, especialmente serio, y a sujetos con ausencia de esa enfermedad.
3. POBLACIONES VULNERABLES:
Los grupos vulnerables deben ser protegidos por la sociedad y especialmente el gremio médico.
4. COACCION A AUTORIDADES PARA PERMITIR EL ESTUDIO
La situación política permitió esta coacción hacia un país más débil, a sabiendas que no se permitiría en el propio país dicha experimentación.
5. "REGALOS" PARA PERMITIR LA INVESTIGACIÓN
No es lícito dar incentivos para participar en una investigación
6. CALIDAD CIENTIFICA:

A sabiendas de los pobres resultados que se iban obteniendo, improvisaron metodología para continuar los estudios, sin obtener datos que fueran relevantes para un mejor conocimiento de la enfermedad y terapia.

Los resultados nunca fueron publicados como literatura científica ni de otra clase.

7. AUTORIDADES LOCALES INEFICIENTES

Es deber de las autoridades de gobierno velar por el bien de la sociedad.

El Ministerio de Salud tiene como objetivo procurar y velar por la salud de la población, lo cual no hicieron.

Las autoridades locales abusaron de su poder para facilitar el estudio en el país, utilizando a la población vulnerable.

8. FALTAS A LA ETICA MEDICA

El médico debe procurar la salud del paciente ante todo.

CONCLUSION

Las personas que participaron en los experimentos, los patrocinadores y los que autorizaron su realización faltaron a la ética, con el agravante de haberlos realizado en personas vulnerables, sin su consentimiento ni conocimiento, faltando a la confianza entre médico y paciente; además de todo el daño perpetrado, los resultados científicos no fueron de utilidad alguna.

Los involucrados de la dirección del Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos, con El Ministerio de Salud de Guatemala, El Ejército Nacional de la Revolución, el Hospital Nacional de Salud Mental y el Ministerio de Justicia, con el apoyo financiero del Instituto Nacional de Salud de la Oficina Sanitaria Panamericana tenían verdadero conocimiento de las transgresiones éticas del experimento y lo continuaron, sin darlo a conocer públicamente.