



INFORME DE LA  
COMISIÓN PRESIDENCIAL  
PARA EL ESCLARECIMIENTO  
DE LOS EXPERIMENTOS  
PRACTICADOS CON  
HUMANOS EN GUATEMALA

# CONSENTIR EL DAÑO

**EXPERIMENTOS MÉDICOS  
DE ESTADOS UNIDOS EN GUATEMALA, 1946 - 1948**

Guatemala, octubre de 2011

Señor Presidente:

En cumplimiento de su instrucción, girada mediante Acuerdos Gubernativos 336-2010, de fecha 15 de noviembre de 2010, y 171-2011, de fecha 29 de abril del 2011, la Comisión Presidencial para el Esclarecimiento de los Experimentos Practicados con Humanos en Guatemala, durante el periodo 1946 a 1948, rinde el Informe “Consentir el daño. Experimentos médicos de Estados Unidos en Guatemala, 1946-1948”.

Para tal efecto se integró la Comisión, fue nombrado el Secretario Ejecutivo, quien a la vez conformó una Comisión Técnica interdisciplinaria. Es digno de reconocer el esfuerzo de los profesionales guatemaltecos que participaron en las pesquisas, así como de la investigación archivística con que soportaron este trabajo, en particular el Archivo General de Centro América, el Archivo Histórico de la Policía Nacional y la Dirección de los Archivos de la Paz. Han sido relevantes y enriquecen este informe, el análisis jurídico de la Procuraduría General de la Nación y el dictamen ético final del Comité Nacional de Ética del Ministerio de Salud.

**INGENIERO**

**ÁLVARO COLOM CABALLEROS**

**PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA**

**SU DESPACHO**

De acuerdo a las atribuciones de la Comisión, se han determinado y esclarecido los hechos centrales sucedidos en Guatemala durante el periodo de 1946 a 1948, en el que científicos de los Estados Unidos de América y de Guatemala practicaron experimentos con humanos en nuestro país, afectando la salud de las personas al haberles contagiado intencionalmente con enfermedades de transmisión sexual (sífilis, gonorrea y chancroide (chancro blando)). Se han determinado la identidad de parte de las personas contagiadas, como consecuencia de tales experimentos. Se ha determinado también la identidad de las personas e instituciones responsables. Y finalmente se presentan recomendaciones, políticas y estrategias atinentes a estos lamentables hechos.

Atentamente,

DR. RAFAEL ESPADA  
VICEPRESIDENTE DE LA REPÚBLICA  
PRESIDENTE Y COORDINADOR DE LA COMISIÓN

# **Comisión Presidencial para el Esclarecimiento de los Experimentos Practicados con Humanos en Guatemala, durante el periodo 1946 a 1948**

**Doctor Rafael Espada**

Presidente y Coordinador

**Licenciado Guillermo Porras**

Procurador General de la Nación

**Licenciada Lorena Guadalupe Guerra Asencio**

Tercera Viceministra de Gobernación en representación del  
Ministro de Gobernación

**Licenciado Erick Maldonado**

Viceministro de Relaciones Exteriores en representación del  
Ministro de Relaciones Exteriores

**General de Brigada Pedro Antonio Noriega Cuellar**

en representación del  
Ministro de la Defensa Nacional

**Doctor Guillermo Enrique Echeverría Peralta**

Viceministro de Salud Pública y Asistencia Social en representación del  
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

**Doctor Jorge Solares**

Secretario Ejecutivo Comisión

## **INVITADOS PERMANENTES**

**Dr. Carlos Rodolfo Mejía Villatoro**

Presiente del Colegio de Médicos y Cirujanos

**Dra. Iris Lorena Cazali Leal**

Presidenta del Tribunal de Honor  
Del Colegio de Médicos y Cirujanos

**Dr. José Barnoya García**

Miembro del Tribunal de Honor  
Del Colegio de Médicos y Cirujanos

**Dr. Oscar Manuel Cobar Pinto**  
Delgado de la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología  
CONCYT

**Licda. Anna Carla Ericastilla Samayoa**  
Directora del Archivo General de Centroamérica

**Lic. Marco Tulio Álvarez Bobadilla**  
Director de los Archivos de la Paz  
Secretaría de la Paz

**Sr. Gustavo Adolfo Meoño Brenner**  
Coordinador Nacional del  
Archivo Histórico de la Policía Nacional

## **COMISIÓN TÉCNICA**

Dr. Gustavo Estrada Galindo

Dr. Enrique Gordillo Castillo

Dr. Joaquín Barnoya

Dr. Rubén González

## **COLABORADORES COMISIÓN TÉCNICA**

Dr. José Santos García Noval (Ad Honorem)

Dr. Fredy Ochaeta (Ad Honorem)

Dr. Mario Figueroa (MSPAS)

Dra. Judith García (MSPAS)

## **APOYO LEGAL Y COORDINACIÓN:**

Erwin Giovanni Castro Dávila

Alejandro Arévalo

Soledad Audelina Barrios Rivas

De la Secretaría Privada de la Vicepresidencia de la República

## **AGRADECIMIENTOS ESPECIALES**

Al personal del Ministerio de la Defensa Nacional que apoyo la traducción del fondo documental del Dr. John Cutler.

Al personal designado por el Archivo General de Centroamérica, los Archivos de la Paz y el Archivo Histórico de la Policía Nacional, que realizó la búsqueda e integración de los documentos nacionales que sirvieron de apoyo para la elaboración de este informe.

# SUMARIO

<i>PRÓLOGO</i> (Dr. Rafael Espada) .....	9
INTRODUCCIÓN.....	21

## CAPÍTULO I

ELEMENTOS DEL CONTEXTO .....	23
1. Las enfermedades .....	23
2. Datos demográficos, económicos y epidemiológicos .....	25
3. El marco jurídico nacional .....	26
4. La autoridad sanitaria.....	28
5. Relación con instituciones internacionales.....	35
6. Investigaciones de enfermedades venéreas.....	36
7. Continuidad de las investigaciones (Gobierno de Arévalo) .....	38
8. Contexto político de los experimentos.....	44

## CAPÍTULO II

LOS EXPERIMENTOS EN HUMANOS, 1946-1948.....	44
Introducción .....	44
1. Por qué en Guatemala .....	45
2. Cobertura de los experimentos.....	46
3. Lugares y fechas de los experimentos .....	46
4. Criterios de selección de lugares y pacientes .....	47
5. Los métodos empleados en la experimentación .....	48

## CAPÍTULO III

“MATERIAL HUMANO” .....	54
1. Pacientes del Asilo de Alienados.....	54
2. Reos de la Penitenciaría Central .....	58
3. Soldados de la Guardia de Honor y Base Militar.....	61
4. Mujeres del Hospital de Profilaxia Sexual.....	63

## CAPÍTULO IV

LOS RESPONSABLES.....	64
1. Nombres y cargos.....	64
2. Conocimiento de las autoridades.....	69

3.	"No deberían saber nada" .....	74
----	--------------------------------	----

#### CAPÍTULO V

EL VALOR CIENTÍFICO DE LOS EXPERIMENTOS .....	72
1. Metodología .....	72
2. Estudios de experimentos de gonorrea.....	76
3. Estudios de sífilis.....	79
4. Procedimientos experimentales.....	81
5. Técnicas de estudio.....	85
6. Efectos adversos.....	87
7. Presupuesto.....	87
8. El valor científico.....	87

#### CAPÍTULO VI

TRANSGRESIÓN A LA ÉTICA MÉDICA.....	87
1. Enfoque desde la bioética... ..	90
2. La responsabilidad fundamental.....	91
3. Otras responsabilidades.....	93
4. La ética de responsabilizar.....	95
5. Romper la "normalidad" de la discriminación.....	97

#### CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	98
1 Conclusiones .....	98
2 Recomendaciones.....	
BIBLIOGRAFÍA.....	100

# Prólogo

DR. RAFAEL ESPADA

La tarde del 1 de octubre de 2010 el presidente Álvaro Colom recibió una llamada del presidente de los Estados Unidos, Barack Obama. El contenido del mensaje refería a experimentos en seres humanos en Guatemala financiados por el Gobierno de los Estados Unidos, entre 1946 y 1948. El presidente Obama expresó disculpas porque población guatemalteca vulnerable, sin dar su consentimiento, fue infectada con sífilis, gonorrea y chancro blando, en el marco de un convenio bilateral de asistencia médica. La Secretaría de Estado, en un comunicado oficial, calificó esas prácticas como “claramente faltas de ética” y “condenables”.

La primera reacción pública del presidente Colom fue que se trató de “crímenes de lesa humanidad” – evaluado un año después mediante este Informe de investigación-, los cuales debían esclarecerse. Con ese propósito el mandatario me encargó coordinar la “Comisión Presidencial para el Esclarecimiento de los Experimentos Prácticos con Humanos en Guatemala, entre 1946 y 1948”. Para llevar a cabo la misión integramos una Comisión Técnica, de carácter interdisciplinario, y acudimos a los archivos nacionales. El gobierno de los Estados Unidos remitió, a la vez, los registros pertinentes.

El resumen de los hallazgos conforman este Informe y sus conclusiones no son distintas de las de la Comisión Presidencial de los Estados Unidos, cuyo reporte “Éticamente imposible” fue remitido al presidente Obama en septiembre del 2011. El Informe de la Comisión en Guatemala ofrece la perspectiva técnica local y agrega una serie de datos provenientes de los archivos nacionales que esclarecen responsabilidades de autoridades guatemaltecas –que a la vez eran científicos-, al subordinarse a los términos aberrantes, no escritos pero prácticos, de la cooperación médica estadounidense, faltando gravemente a su ética profesional y a cláusulas fundamentales de la legislación de la República, respecto de sus deberes con la población bajo su responsabilidad.

Esa falla específica, cuyo contexto se detalla en varios capítulos de este Informe, es lo que significa “Consentir el daño” contra la población vulnerable. Se trata de un asunto vigente y acuciante en el análisis y tratamiento de las políticas públicas sobre las inquietantes desigualdades sociales, el profundo racismo, las “naturales” ma-

nifestaciones de la discriminación y la violencia endémica que siguen obstruyendo el bienestar y la seguridad de los habitantes, incluso 60 años después de los experimentos clínicos de los Estados Unidos en el país. Este Informe complementa, además, la visión de lo “éticamente imposible” desde el centro del poder mundial, con lo éticamente tolerado y agravado por las elites de la periferia, en un contexto social que ha gratificado, ocultando, la degradación humana.

Esta vez la investigación señala de manera inequívoca a elites técnico-profesionales en función pública, con mandos decisivos en el diseño de la estrategia científica y la conducción administrativa, no necesariamente del más alto nivel político, pero en un clima favorecido por el desentendimiento del debate público de esos temas. Es la complicidad –oficialmente, cooperación- entre elites técnico-científicas del centro y periferia, inaceptable pero real, que la investigación, la revisión del pasado y la publicidad actual pueden contribuir a debilitar, a hacer irrepetible (o al menos más difícil) y a modificar esas prácticas, actualizando con prontitud, los marcos éticos de la ciencia y sus mecanismos de supervisión.

A diferencia de otras tragedias humanas que padeció Guatemala durante el Siglo XX, los experimentos médicos promovidos por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (USPHS, por sus siglas en inglés), en colaboración con la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), no fueron del dominio público sino hasta hace muy poco tiempo. Una investigación de archivos en la Universidad de Pittsburgh sobre experimentos de sífilis en humanos, llevados a cabo desde 1932 en Tuskegee, Alabama, que fue publicada en 2010 por la profesora Susan Reverby (Wellesley College), comentó adicionalmente las prácticas en Guatemala conducidas por el médico John C. Cutler, del USPHS, asistente del Surgeon General de Salud pública y subdirector de la OSP.

Los archivos localizados en los Estados Unidos y en Guatemala sobre los experimentos no son exhaustivos, pero sí concluyentes. La fuente principal, en cualquier caso, son los registros y correspondencia de Cutler. Allí se indica que fueron seleccionadas, con el consentimiento de las autoridades de Salud guatemaltecas, 1,160 personas que no padecían enfermedades venéreas:<sup>1</sup> 424 eran internos del Asilo de Alienados, 205 reos de la Penitenciaría Central, 524 soldados de la Guardia de Honor y la Base Militar, del Ejército de Guatemala, y siete prostitutas del Hospital de Profilaxia Sexual.

---

<sup>1</sup> Los documentos de Cutler registran 3,780 pacientes; los referidos como inoculados en los experimentos, son 1,160, una cifra menor a la que anotan los registros en los Estados Unidos (1,610). Varios de los nombres de las víctimas están registrados en la lista del Fondo Documental de Salud Pública del Archivo General de Centro América (AGCA), identificado como “Enfermos tratados por los médicos americanos. 20/11/47. Dr. John Cutler”. En el Asilo de Alienados, la mayoría de víctimas son mujeres; en los casos en que se registra la edad, son jóvenes entre 20 y 40 años, incluso una menor de 15 años. Un caso, el de Susana Hernández (paciente 184, experimento 9), evidencia la utilización de ancianos.

Ellos fueron contagiados con sífilis, gonorrea y chancroide; además, se realizaron pruebas serológicas sobre sífilis en 515 niños del Hospicio Nacional y 151 escolares del Puerto San José.

En el Asilo de Alienados (hospital neuro-siquiátrico) dos tercios de los inoculados resultó infectado, pero solo a un paciente se le dio el tratamiento adecuado; a otros se les aplicó dosis menores de penicilina, para observar recidivas, y al resto no se les dio tratamiento. Durante el periodo fueron documentados 71 muertos del hospital mental, pero no se puede determinar una relación directa con los experimentos. Ahora, la correspondencia entre Cutler y sus superiores en el USPHS alude a los materiales extraídos de los cadáveres en las autopsias que habían sido enviadas a los Estados Unidos para estudio: "El material de la autopsia será enviado al Dr Lillie tan pronto como las condiciones climáticas lo permitan. El material de la autopsia del segundo paciente fue recibido, pero el contenedor no venía identificado... .

### **Antecedentes**

La cooperación entre autoridades de salud de Guatemala y de los Estados Unidos sobre enfermedades venéreas está registrada desde abril de 1931. El director de Salubridad Pública, el médico Carlos Padilla, asistió entonces en Washington a la II Conferencia de Directores de Salubridad que discutió, entre otros temas, sobre el control de la prostitución y las enfermedades venéreas. Al trasladar Padilla sus recomendaciones de la Conferencia, anotó: "Como se nos indicara que el modelo del Servicio Sanitario de Alabama es... aplicable a nuestras condiciones económicas y sociales, pasé, previa... recomendación de la Fundación Rockefeller, a la ciudad de Montgomery..." (AGCA, Fondo Salud Pública, Memoria de Labores, 1931. 3725: 254.)

En 1934 la Dirección General de Salud Pública aludía a su relación con la OSP: "[Se] mantuvo frecuente correspondencia con instituciones similares... especialmente con la Oficina Sanitaria Panamericana... que por los Tratados y eficiencia en Washington, es la oficina matriz de América en asuntos de Sanidad, cuyo jefe es el Dr. Hugo H. Comming." (AGCA, 1934: 7784, 17). El 30 de agosto de 1943 el Gobierno de Guatemala aprobó el convenio entre Sanidad Pública y el Instituto de Asuntos Interamericanos para extender el programa cooperativo de salud y saneamiento a partir del 1 de septiembre de 1945. Ese convenio tuvo vigencia hasta el 30 de agosto de 1949.

A partir del 14 de febrero de 1931, el general Jorge Ubico asumió la Presidencia de Guatemala con poderes de dictador. Su gobierno era afín a los Estados Unidos pero, a la vez, simpatizaba con el régimen nacional socialista de Adolfo Hitler en Alemania. Ubico fue derrocado por una revolución cívico-militar el 20 de octubre de 1944 y el gobierno que le relevó, presidido por Juan José Arévalo, promovió profundas re-

formas económicas y sociales, y aunque mantuvo buenas relaciones con Washington fue marcando un carácter nacionalista, que se profundizó hasta la tirantez con el gobierno de Jacobo Árbenz, que le sucedió, y quien fue derrocado el 27 de junio de 1954 por una conspiración de la Agencia Central de Inteligencia de los Estados Unidos (CIA).

A juzgar por los registros, el presidente Arévalo dio continuidad a los convenios de cooperación en salud con los Estados Unidos y lo consignó en sus informes oficiales durante varios años.<sup>2</sup> En febrero de 1945 se registra el intercambio entre médicos guatemaltecos y de la armada estadounidense, en una conferencia sobre patología tropical y tifus. En agosto de 1946, el doctor Juan M. Funes había iniciado sus funciones en el Centro de Adiestramiento e Investigaciones de las Enfermedades Venéreas, creado por convenio entre la Dirección General de Sanidad Pública y la OSP. En un artículo publicado en el boletín de la OSP, Funes informa del equipo moderno con el que fue dotado el Centro y anota que “el Dr. J. C. Cutler... fue integrado al personal técnico...”

En el pensamiento de la época predominaba el enfoque mono causal del contagio de enfermedades y lo más significativo en el tratamiento eran los antibióticos y, entre ellos, la penicilina. La experimentación con penicilina con enfermedades venéreas en Alabama ya no fue sostenible y se trasladó a Guatemala, aprovechando los vínculos de autoridades técnico-científicas en el marco de cooperación bilateral, siempre bajo métodos de prueba en seres humanos que ya estaban proscritas. El Código de Núremberg había sido publicado el 20 de agosto de 1947 y declaraba como “absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano” para llevar a cabo la experimentación.

Guatemala tenía entonces una visión de control de epidemias, y ponía énfasis en los enclaves portuarios y el saneamiento ambiental. Por eso la salud era entonces una dependencia de Gobernación, y se conducía bajo la lógica de una policía médica encargada de hacer cumplir los decretos de cuarentena y saneamiento. Las enfermedades venéreas eran preocupación de las autoridades sanitarias. En 1945 fueron centralizados los servicios en la Jefatura de la Sección de Enfermedades Venéreas. En los informes presidenciales de 1946 y 1947 se refleja el dato: el laboratorio serológico practicó 28,677 exámenes de sangre para investigar sífilis, y al año siguiente eran 33,123 registros.

---

<sup>2</sup> Por ejemplo, en el V Informe al Congreso (1950), el presidente Arévalo manifiesta que en el Laboratorio de Serología y Centro de Adiestramiento e Investigaciones de las Enfermedades Venéreas (creado en 1947), se han realizado cursos de serología, y “notables experiencias sobre el tratamiento de la sífilis han hecho bajo la dirección de este centro”.

Justamente en 1946 se creó el Juzgado de Sanidad en la Sección de Venereo-  
logía, para controlar la prostitución, y en ese primer año de funciones la Guardia Civil  
arrestó a 756 mujeres acusadas de ejercer la prostitución clandestina (Arévalo,  
1947:237). Fue en ese año que se instaló, con la ayuda de la USPHS el Laboratorio de  
Investigaciones de las Enfermedades Venéreas en Guatemala. El 11 de enero de 1946  
se había emitido un Acuerdo Gubernativo que, en su único considerando, admite que  
“en el país no existe hasta ahora un laboratorio experimental capacitado para hacer...  
estudios... sobre drogas y medicamentos cuya eficacia ha sido científicamente com-  
probadas... (por lo cual) la lista de esas sustancias debe reducirse cuanto se pueda  
para facilitar... y no debe impedirse la experimentación y el uso de medicamentos  
nuevos...”

Los informes oficiales, incluyendo los que el Presidente de la República rendía  
al Congreso, no indican que se estudiara la eficacia de la penicilina. Pero los científi-  
cos, en su medio, subrayaban la valoración de la penicilina en el tratamiento de la  
sífilis. El tema ocupó buena parte de la agenda del II Congreso Centroamericano de  
Venereología celebrado en Guatemala entre el 26 de abril y el 1 de mayo de 1948.  
Entre los organizadores del Congreso estaban los médicos directamente involucrados  
en los experimentos, John Cutler, Luis Galich, Carlos Tejeda, Juan Funes y Francisco  
Aguilar, entre otros.

Una conclusión plausible del ex ante de la investigación científica apunta a la  
fuerza inercial del proceso del conocimiento, que algunas veces –contrario a la idea  
general de la “ciencia vanguardia”- han resultado inmunes, hasta cierto punto, a los  
cambios políticos. En este caso se siguieron métodos de experimentación semejantes  
y casi paralelos en distintos y hasta rivales sistemas políticos (Estados Unidos / Ale-  
mania). Una vez derrotado el régimen nazi, sus procedimientos crueles y masivos de  
experimentación humana fueron sometidos a juicio y condenados. Llegó a crearse una  
legislación universal de respeto de los derechos humanos. En los albores de esa nueva  
era humanista y del Estado protector fue que se llevaron a cabo los experimentos en  
Guatemala durante casi tres años.

### **Los experimentos y las víctimas**

El análisis de la Comisión Técnica concluye que los experimentos estuvieron planifica-  
dos y ejecutados con deficiencias. No se localizó un protocolo completo en los docu-  
mentos de Cutler, pero los cambios frecuentes en la metodología muestran la impro-  
visación del estudio y poca formalidad con la que los investigadores lo abordaron. El  
resultado, por consiguiente, no resultó un aporte científico, y los costos humanos,  
además de anti-éticos carecen de justificación.

El Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas (VDRL, por sus siglas en inglés) asumió la dirección científica y técnica, dando el personal para dirigirlo. El presupuesto anual de los experimentos era de \$ 113,473.44, de los cuales se ejecutaron \$ 38,077.84 en salarios.<sup>3</sup> A los pacientes se les pagaba con cigarrillo o jabón de baño, aunque Cutler consigna \$ 1,500.00 para “pago a los voluntarios”, no se encontró evidencia de pagos directos en dinero. El USPHS erogó el dinero y lo cursó a la OSP, la cual firmó un acuerdo con la Dirección de Sanidad Pública de Guatemala, para originar un plan de control nacional de enfermedades venéreas, y con potestad para trabajar con las autoridades médicas del Ministerio de Salud, del Ejército, del Asilo de Alienados y del Hospicio Nacional.

Cutler consigna cómo surgió la idea de los experimentos: “Durante el periodo de desarrollo de la terapia con penicilina y la profilaxia orvus-mapharsen, J.M.F. (Juan Manuel Funes), jefe de la VD (Venereal Disease) de la División de Control de Servicio Público de Salud de su país, fue asignado como un socio en el VDRL por el Instituto de Asuntos Interamericanos. Por casi un año él tomó parte activa en los estudios experimentales. Enteramente apreciando el problema y posibilidades de solución... él sugirió la posibilidad de realizar estudios cuidadosamente controlados en su país... la sugerencia fue ideal por muchas razones. La sugerencia fue ideal por muchas razones. La prostitución era legalizada, con el agregado de que a las prostitutas les era permitido realizar visitas regulares a hombres en las instituciones penales. Además el Dr. J.M.F. era responsable de la supervisión médica de la prostitución y de todos los centros de tratamiento rápido donde... los pacientes de enfermedades venéreas podrías ser hospitalizados para tratamiento gratuito. La Oficina de Sanidad Panamericana... se interesó en el desarrollo de los programas... así como el entrenamiento y destrezas de investigación fuera de los Estados Unidos... favoreciendo los proyectos... en una posición de participación activa.” (AGCA-JCC-S004-002)

Oficialmente los experimentos “fueron diseñados para obtener información acerca de métodos de profilaxia contra la sífilis; para incrementar el entendimiento de los efectos de la penicilina en el tratamiento de sífilis; para ayudar a un mejor entendimiento de la cuestión de la serología falso positiva de los test de sífilis; y para mejorar el conocimiento de la biología y la inmunología de la sífilis en el hombre.” (Ibidem.)

---

<sup>3</sup> La solicitud de empleos realizada por Cutler en agosto de 1948, incluía a los médicos Juan M. Funes, a cargo de llevar a cabo el programa de investigación, con un salario mensual de \$ 125.00, y a Julio Salvadó, médico del Asilo Mental, con un salario de \$ 100.00 al mes; además al serólogo Rolando Funes, con \$ 125.00 mensuales, que incluía secretaria a medio tiempo; dos empleados de taller, \$ 30.00 y un salario de \$25.00 dividido entre el Programa de Entrenamiento EV, Sanidad Pública y el proyecto de investigación.

Los experimentos con sífilis se realizaron principalmente con pacientes del Asilo de Alienados y reclusos de la Penitenciaría Central. Los registros médicos consignan que las prácticas se iniciaron en mayo de 1947 y concluyeron en julio de 1948.<sup>4</sup> Al mismo tiempo, utilizando 70 soldados de la Guardia de Honor y de una base militar no identificada, se llevaron a cabo 32 experimentos con gonorrea.

Como se indicó, en el Asilo de Alienados, 424 pacientes fueron sometidos a experimentos con sífilis y gonorrea. Sus fichas médicas indican que muchos de los pacientes padecían tuberculosis y algunas estaban confinadas por epilepsia y alcoholismo. Uno de los pacientes, fue sometido a cuatro experimentos: el 13 de mayo de 1947, “aplicación local, 4 aplicaciones entre 9:14 y 9:54, paño removido a las 1º:13. Profilaxia de 10:23 a 10:25.” El 21 de septiembre del mismo año, “escarificación en el dorso del pene, abajo del curso coronario, 4 aplicaciones... total 0.30cc, después de 2 horas de exposición, profilaxia por 2 minutos, 60ml.” El 31 de enero de 1948, “escarificación del dorso del pene con material humano, 4 aplicaciones... total 0.30cc...” El 4 de julio del mismo año, “inyección intracutánea en el antebrazo izquierdo, 0.1cc.” Y el 9 de diciembre de 1949, concluye: “no evidencia clínica de sífilis.”

Los métodos utilizados para inocular y contagiar a los pacientes fueron: aplicación local en la membrana mucosa del pene, aplicación local abrasiva en la membrana mucosa del pene, inyecciones intracutáneas y subcutáneas, inyecciones submucosales en pene, vacunación múltiple en piel, delta o glande del pene, inoculación intra cisternal, inoculación intravenosa y bebe el inóculo (material extraído de seres humanos o de conejos contagiados). El 21 de julio de 1947, R.C. Arnold, cirujano principal del USPHS, escribió a Cutler que “para el tipo de trabajo experimental que tenemos en mente, la inoculación subcutánea no es satisfactoria... En el próximo experimento estaría bien seleccionar sujetos con prepucio largo para que las membranas mucosas estén húmedas. La gasilla de algodón completamente saturada debería ser colocada cerca del frenillo debajo del prepucio y humedecida o reemplazada al menos cada 15 minutos durante el tiempo de exposición que es de una hora. El método utilizando abrasiones menores pueden ser tratadas al mismo tiempo.”

Los reos de la Penitenciaría Central utilizados en las experimentaciones con inoculaciones de sífilis, gonorrea y chancro fueron 205, de acuerdo a los registros médicos. Una nota de Cutler del 4 de diciembre de 1947 indica: “Consideramos nuestro trabajo futuro sobre sífilis latente y estamos desde ya preparando un grupo gran-

---

<sup>4</sup> Pero una nota de Cutler del 12 de noviembre de 1946, remitida a John F. Mahoney, director del VDRL, en Staten Island, Hospital de Infantería de Marina, indica que los experimentos ya habían iniciado: “Adjunto sírvase encontrar la hoja de reporte de los primeros 30 pacientes probados en la Penitenciaría. Esta mañana tomamos muestras de sangre de 60 pacientes nuevos, incluyendo la repetición para aquellos que reaccionaron positivo el 7 de noviembre”.

de de tratamiento en la Penitenciaría, seleccionando a varones que estarán en prisión durante los próximos 5 a 10 años”. En las fichas médicas aparecen registros fechados en 1952, cuatro años después de la última fecha de los experimentos, con las iniciales “JCC”, que hacen suponer que corresponden a John C. Cutler. Varias mujeres fueron objeto de experimento al inducir las a mantener contacto sexual con prisioneros inoculados con la sepa de la sífilis o la gonorrea. No hay evidencia de que las mujeres infectadas hayan recibido algún tratamiento.

En los registros se consignan casos detallados de 70 soldados. Pero en un texto de Cutler del 23 de octubre de 1948 se indica que “131 pacientes del Regimiento Motomecanizado de la Guardia de Honor fueron usados como sujetos. Los nombres de mujeres recluidas en el Hospital de Profilaxia Sexual, quedaron registrados en los cuarteles y en el presidio, aunque el control sobre personas infectadas no era eficiente. Cutler lo narra a Mahoney el 22 de mayo de 1947: “Sucedió que... el preso-secretario del hospital de la Penitenciaría... había tenido contacto con una de las mujeres que pensamos no estaba infectada. No pude más que reírme... después de intentar por semanas producción infección, la obtuvimos del último hombre que hubiéramos pensado en infectar... Le pedimos al paciente no tomar sulfa ni penicilina, pero en vista de que (los síntomas desaparecieron), me temo que él se auto medicó... [aunque] pudimos llamar a la mujer para que llegara a la clínica del Dr. Funes para observación y cultivo...”

### **Los responsables y el ocultamiento**

La responsabilidad directa recae en los investigadores y las instituciones que los ampararon, el USPHS y la OSP. John C. Cutler (USPHS) condujo los experimentos en el Centro de Adiestramiento e Investigación de Enfermedades Venéreas en Guatemala, y reportaba sistemáticamente en los Estados Unidos a R.C. Arnold (USPHS) y a John f. Mahoney (director del VDRL). También formaron parte del equipo, con distintos grados de involucramiento, Thomas Parran (General Surgeon de los Estados Unidos), T.B. Turner (de Johns Hopkins), el Dr. Neurath, Mr. Portnoy, el Dr. Thomas Rivers del Instituto Rockefeller para Investigaciones Médicas de New York, Sacha Lvitan (OSP), John Murdock (subdirector de la OSP) y Virginia Harding (OSP); los médicos MacAnally y Spoto, y el Dr. Cummings y F. Sopor, desde Washington.

Un papel preponderante en Guatemala jugó la Dirección de Sanidad Pública, cuyo jefe de División de Enfermedades Venéreas, Dr. Juan Manuel Funes, fue la contraparte nacional. El director del Hospital de Alienados (nero-siquiátrico), Dr. Julio Salvadó, solicitó experimentar con los pacientes bajo su custodia, donde también colaboraron el también director del hospital, Dr. Miguel F. Molina y el Dr. Carlos Sal-

vió, “el responsable directo de las oportunidades que disfrutamos en el asilo”, según Cutler. El Ejército participó bajo la jefatura del Servicio Médico del Hospital Militar, a cargo del Dr. Carlos Tejeda y el Dr. Raúl Maza era el médico de la Guardia de Honor. El Dr. Guillermo Balz, Director General de Asistencia Social, quien en julio de 1948 argumentaba: “No encuentro nada censurable en que el enfermo sirva para aprender...”

El Director General de Sanidad, nombrado por el Presidente de la República, era la autoridad directamente encargada de la acción sanitaria y le correspondía la administración general del servicio. El Código Penal vigente en esa época contemplaba el delito del contagio venéreo, tipificándolo así: El que tuviera una enfermedad venérea y la transmitiere de propósito a otra persona (Artículo 337); el que conociendo o sospechando que está contaminado expusiere al contagio a otro (Artículo 338), definía como cómplices a quienes sabiendo que alguien bajo su guarda está contaminada no procura evitar el contagio (Artículo 340), y quienes “con abuso de autoridad o encargo cooperen como cómplices, serán penados como autores.” (Artículo 342). Además de la responsabilidad penal y civil, ya existía entonces un código deontológico que, junto con el juramento hipocrático, normaba el comportamiento de la profesión médica.

Un mecanismo administrativo que permite ponderar la responsabilidad formal de los funcionarios menores es el de las instrucciones que fluyen de arriba hacia abajo en una línea jerárquica. En este caso no ocurrió así. 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 entre la OSP y Sanidad Pública. Sin embargo esto no exime de responsabilidad a las autoridades de Sanidad Pública ni del Ministerio de Salud Pública, quienes no cuestionaron lo que estaba haciéndose, y pusieron a disposición los recursos y permitieron que se usaran sus instituciones para facilitar “material humano” experimental.

Los ministros de Salud en los años de los experimentos fueron el Dr. Julio Bianchi (1945-47), Dr. Guillermo Morán (1947-48) y Dr. Bernardo Aldana (1948-49), y deberá esclarecerse el grado de su conocimiento. Tampoco es concluyente la información acerca de las prácticas que poseía el presidente de la República, Juan José Arévalo, un humanista reconocido, aunque en sus informes oficiales alude al trabajo del Centro de Adiestramiento e Investigación de Enfermedades Venéreas.

Los estudios se llevaron confidencialmente, pero a juzgar por los archivos se presume que más allá de los médicos citados, se ocultaban los verdaderos propósitos y los métodos empleados. Desde el 21 de agosto de 1946, Cutler admitía en su co-

rrespondencia: “El Dr. Spoto ha hablado mucho sobre nuestro proyecto, considerándolo. Dice que con los indígenas de la prisión podríamos hacer nuestro trabajo con poca o ninguna explicación, ya que las explicaciones y saber qué está pasando los confunde. Asimismo, nuestro pago por los varones será considerablemente menor de lo que habíamos contemplado originalmente.”

Un año después, el 16 de septiembre de 1947, Cutler le comentaba al Dr. Arnold: “Pensamos que debíamos esperar ya que ha habido muchos comentarios entre los oficiales de la Guardia de Honor... ahora trabajaremos por algún tiempo en otras instalaciones. La carta al Dr. Mahoney fue escrita porque Sacha dijo que el Dr. quería usarla para mantener a otros trabajadores alejados... pero el temor de demasiada plática constantemente nos acompaña, y muy a menudo escuchamos comentarios de personas que no deberían saber nada... pero no podemos evitar los rumores, ya que la misión militar Americana está trabajando con los guatemaltecos...”

Ese ocultamiento es congruente con el perfil de las víctimas de los experimentos –enfermos mentales, presos, soldados y prostitutas- vulnerables y dependientes de la voluntad de las autoridades que ejercían poder sobre ellos. Además con el hecho de que no existe ninguna documentación o dato que indique o sugiera que las víctimas hayan sido informadas, consultadas o advertidas sobre la naturaleza de los experimentos y las probables consecuencias para su salud.

### **Conclusiones y recomendaciones**

- La experimentación con seres humanos realizada en Guatemala durante los años 1946 a 1948 es una violenta transgresión a la dignidad de personas indefensas, a la profesión médica y a la soberanía del país, así como a la ética en la investigación científica. Es un acto inmoral de gran impacto y un crimen de lesa humanidad.
- Con las víctimas en Guatemala se violó el principio de beneficencia al no dar un tratamiento útil; el de autonomía, al mantenerlos ignorantes de que su tratamiento útil existía, y por tratarse de una población vulnerable, tradicionalmente discriminada y vista como inferior, carente de una educación adecuada para formarse un juicio, se violó el principio de justicia. Como agravante se violó el principio de no maleficencia al provocar daño con la inoculación de sustancias nocivas (sífilis, gonorrea y chancroide).
- Los responsables fundamentales son los investigadores y las grandes instituciones que los aparaban, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y la Oficina Sanitaria Panamericana. Los investigadores (John Cutler y sus colegas) se reconocieron responsables, porque según lo muestran los archivos disponibles tenían plena conciencia de que lo que estaban haciendo era una grave violación a la ética

médica y de investigación. Son corresponsables, a la vez, los médicos guatemaltecos con distintos grados de autoridad en la función pública, quienes indujeron y facilitaron el “material humano” para los experimentos y la cobertura institucional.

- Tres factores de contexto son explicativos de la violación, (a) la debilidad del Estado, el atraso material y la dependencia y subalternidad del país, (b) la relación subalterna de los médicos guatemaltecos con sus colegas estadounidenses y (c) la marcada estructura de exclusión, marginación, racismo y discriminación en Guatemala, que se reproduce en estamentos educados, como los profesionales. Todos esos factores siguen presentes en Guatemala ofreciendo el escenario para que casos similares se puedan repetir.
- Una acción impostergable es continuar el proceso de identificación, tanto de las víctimas ya fallecidas como sobrevivientes, de sus familiares y descendientes. Es necesario establecer el impacto que los experimentos tuvieron en sus vidas y a partir de ese conocimiento desarrollar mecanismos de compensación económica y social.
- Esta ofensa a la dignidad nacional no puede quedar en el ofrecimiento del perdón, deben desarrollarse procesos de reparación para las víctimas afectadas por la acción e inacción del Estado y para el Estado mismo.
- Deben establecerse las medidas necesarias y efectivas para que hechos como estos experimentos no vuelvan a ocurrir; es preciso revisar la legislación y el cuerpo normativo que regula la investigación en Guatemala. Esclarecer si esos reglamentos son los adecuados para dar cumplimiento a las normas éticas de la investigación.
- Los diagnósticos y reflexiones sobre cómo se organiza el sistema actual de salud guatemalteco, debe acompañarse de propuestas para la conformación de entidades independientes y vinculantes que vigilen y hagan valer la reglamentación en los procesos de investigación.
- Finalmente, se recomienda continuar con esta investigación y con la Comisión Presidencial de Esclarecimiento, para ir generando una cultura de rendición de cuentas, y al mismo tiempo promover estudios independientes del Estado a fin de generar balance, evitando conflictos de interés.

**Dr. Rafael Espada**

Vicepresidente de la República

Presidente y Coordinador de la Comisión Presidencial para el Esclarecimiento de los Experimentos Practicados con Humanos en Guatemala durante el periodo de 1946 – 1948.

# Introducción

El 3 de octubre de 2010 se conoció 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 estadounidenses con asistencia subalterna de guatemaltecos. Dichos experimentos consistieron en infectar y experimentar deliberada, subrepticia e inconsultamente con sífilis, gonorrea y chancros a más de un mil personas carentes de autonomía por pertenecer a sectores “cautivos” en Guatemala: soldados, prisioneros, enfermos mentales y sexoservidoras. Niños huérfanos del Hospicio Nacional y escolares del Puerto de San José, también fueron objeto de experimentaciones médicas.

El objetivo 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. Se manifestó que era para utilidad del Ejército de los Estados Unidos. La noticia determinó que el Gobierno de los Estados Unidos ofreciera una disculpa pública al de Guatemala. Pese al tiempo transcurrido, la naturaleza y características de lo sucedido no sepultan el daño ni la ofensa individual y nacional.

¿Qué fue lo que pasó, por qué y cuáles fueron los mecanismos que permitieron tal vulneración y que permaneciera oculta por más de 60 años? ¿Puede volver a ocurrir? Las respuestas son una tarea impostergable y necesaria para las autoridades nacionales, pues se requiere tomar decisiones que permitan no sólo reparar el daño sino prevenirlo.

De ahí que el Gobierno de Guatemala nombrara la Comisión Presidencial para el Esclarecimiento de los Experimentos practicados en Humanos durante el periodo 1946 a 1948, dirigida por el Vicepresidente de la República, Dr. Rafael Espada, con el objeto de posicionar el país ante la afrenta nacional y orientar las acciones futuras a fin de adoptar las mejores decisiones en materia de reparación y no repetición de esos hechos.

Para efectuar la investigación, el vicepresidente Espada integró el 25 de octubre de 2010 la Comisión Técnica conformada con profesionales de la bioética, antropología, historia, derecho, salud pública y epidemiología. Además, la Comisión Presidencial incorporó al Archivo General de Centroamérica (AGCA), que se responsabilizó de ubicar y clasificar información primaria en Guatemala, además de sistematizar la documentación enviada por los Estados Unidos; el AGCA, además, elaboró un informe técnico que ha sido incorporado sustantivamente al informe final. El Archivo de la Paz, realizó el proceso de digitalización de dicha documentación, y el Archivo Histórico de la Policía Nacional, se encargó de la búsqueda institucional de los Ministerios y dependencias oficiales involucradas. A la

Comisión Técnica se sumó un grupo multi-institucional de análisis y propuesta, conformado por el Vice Ministro Administrativo de Salud, el Coordinador 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.

La Comisión Presidencial, siguiendo las pautas del Acuerdo Gubernativo 131-2011, que la crea, tuvo como propósito primordial esclarecer la verdad en estos experimentos; establecer qué derechos humanos fueron conculcados en el contexto de la época, y poder determinar si las acciones en ambos países constituyeron o no, política de Gobierno.

El proceso fue diseñado en varias etapas, las cuales principiaban con un diagnóstico inicial y el análisis de la información, y continuaron con 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.

Este informe resume la recopilación, sistematización, interpretación y análisis de la información disponible. Para ese efecto se procesaron 693 legajos de archivos nacionales que contienen 20,790 expedientes del fondo de Salud Pública, volumen del que fueron revisadas 2,823 imágenes. Fueron procesados además once series del protocolo del Dr. Cutler, lo que representó un total de 8,085 folios. En lo que corresponde a la Guardia Civil del fondo del Archivo Histórico de la Policía Nacional, se trabajó en once libros y una base de datos que contiene 850 mil fichas de las que se seleccionó información relacionada. También se reunió información procedente de 45 libros pertenecientes al fondo Secretaría de Bienestar Social organizados por la Dirección de los Archivos de la Paz. A pesar de esa abundante información documental, los expedientes no son completos y quedan todavía muchas preguntas abiertas, que deberán seguir explorándose a través de otras fuentes y recopilación de datos en el terreno.

Este informe se organiza en siete capítulos. En el capítulo 1 se trata de ofrecer un sumario del contexto de salud, jurídico y político en que se llevaron a cabo los experimentos. Los capítulos 2, 3 y 4, basados en los archivos nacionales, describen detalladamente los experimentos, las víctimas y los responsables. Los capítulos 5, 6 y 7 son de carácter analítico y discuten el valor de los experimentos y la transgresión a la ética médica, asimismo se ofrecen conclusiones y recomendaciones, de acuerdo a la misión dada a la Comisión.

# Capítulo I

## ELEMENTOS DEL CONTEXTO

### 1. Las enfermedades

La enfermedad principal que fue objeto de los experimentos fue la sífilis,<sup>5</sup> un padecimiento infecto - contagioso, endémico, crónico, de serias consecuencias para la salud. Causada por la bacteria *Treponema pallidum*, se propaga por contagio interhumano y el mecanismo predominante es el sexual. Se desarrolla en tres 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).

Las otras enfermedades venéreas incluidas en los experimentos de Guatemala, fueron: gonorrea, enfermedad de transmisión sexual 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*<sup>6</sup> 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 presun-

---

<sup>5</sup> 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 tal suerte que 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.

<sup>6</sup> 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.

ciones raciales 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).

En la década de 1940, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (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 (calomelsal de mercurio).<sup>7</sup> Hubo interés tanto en preparaciones tóxicas 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.

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.<sup>8</sup> Cuando fue mostrándose efectiva contra la sífilis, el Dr. Joseph 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).

En 1944 el USPHS 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 gonorrea;<sup>9</sup> 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.

Por otro lado, desde el Siglo XIX el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (USPHS) ejerció el control sanitario en América mediante la organización y el financia-

---

<sup>7</sup> Antiguamente se intentaba curar la sífilis con mercurio, pero es 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.

<sup>8</sup> 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). 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.

<sup>9</sup> En la prisión de Terre Haute (en el poblado homónimo de Indiana) se realizaron sin éxito experimentos humanos para infectar a prisioneros con gonorrea obtenida de otros prisioneros contagiados. En dichos experimentos también participó el Dr. John C. Cutler, quien dirigió los experimentos en Guatemala.

miento 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).

## **2. Datos demográficos, económicos y epidemiológicos**

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; el 85% 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 analfabetismo en la población indígena era del 90% y del 72% en la población ladina (Asturias, 1989).

El 73% de la Población Económicamente Activa se dedicaba a la agricultura, y el 13% se ocupaba en actividades relacionadas con la industria. Las principales ramas de actividad económica eran 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% tenía como fuente la agricultura (ICEFI, 2007).

La mortalidad general era de 17 defunciones por cada 1000 habitantes y la mortalidad infantil de 102.7 defunciones en menores de un año para cada 1000 nacidos vivos. Las enfermedades 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 (llamadas entonces 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 “misericordia fisiológica” o desnutrición (Asturias 1989).

En 1944 el Dr. Roberto Herrera, Director General de Sanidad Pública, enfatizaba que a pesar de las estrecheces económicas, se había mantenido la vigilancia para evitar la diseminación de enfermedades endémicas y epidémicas que amenazaban al país. Concluía que la importación de los productos químicos antimaláricos y de otras medicinas útiles en la profilaxis, había sufrido algunos tropiezos. (Herrera, 1946:1).

Herrera se refería a la malaria, oncocerciasis, disentería, enfermedades infectocontagiosas como el tifo exantemático que alcanzó la cifra de 2,144 casos, de los cuales fallecieron 63 pacientes. También manifestó que en 40 días se había combatido el tifo en la capital, gracias a las medidas tomadas por la Dirección de Sanidad Pública. La lucha contra la tuberculosis era otro tema vigente, por lo cual existía una sección específica en el Hospi-

tal General y sólo en ese año el laboratorio serológico reportó 2,512 positivos y 715 dudosos (Ídem).

### **3. El marco jurídico nacional**

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, Capítulo I, Artículo 21 se estableció que “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 decía 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 a 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 vigente se estableció la organización de la acción sanitaria en el país, con el objeto de velar por la salubridad general e higiene pública. Allí quedó claro que el Director General de Sanidad, nombrado por el Presidente de la República, era la autoridad directamente encargada de la acción sanitaria, y como tal le corresponde la administración general del servicio.

El objetivo de esta normativa era 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; 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 el artículo 28 del Código se estableció la obligación de la Dirección General de Sanidad, de determinar en un reglamento las enfermedades que se consideren transmisibles y de declaración obligatoria. 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 a fin de iniciar su tratamiento.

El Reglamento de la Profilaxia de las Enfermedades Transmisibles (Acuerdo Gubernativo del 5 de julio de 1933), establecía en su Artículo 10 la obligatoriedad de declarar las enfermedades venéreas, cuando el enfermo constituyera un peligro para la salud pública. Por eso el certificado de buena salud o tarjeta sanitaria era obligatorio para los directores, profesores y empleados de los establecimientos públicos y privados de educación, fabricantes y expendedores de alimentos, destazadores y carniceros, empleados de farmacia, hoteleros, barberos, nodrizas, sirvientes y otros que establecía la Dirección General de Sanidad Pública.

En la legislación estudiada no se encontró indicios de normas que dieran base a los experimentos realizados en el marco de las investigaciones de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), salvo la persecución legal de la prostitución ilícita, uno de los recursos para las pruebas serológicas. Pero un Acuerdo Gubernativo del 11 de enero de 1946,<sup>10</sup> indicaba en su único Considerando la conveniencia de “unificar las prácticas terapéuticas de los establecimientos de Asistencia Social sostenidos con fondos del Estado, utilizando para ese fin drogas y medicamentos cuya eficacia ha sido científicamente comprobada. Que en el país no existe hasta ahora un laboratorio experimental capacitado para hacer ese estudio en todos los casos.” Y concluye: “La lista de esas sustancias debe reducirse cuanto se pueda para facilitar el trabajo de la Proveduría y realizar las economías consiguientes y no debe impedirse la experimentación y el uso de medicamentos nuevos.”

En la parte resolutive el Acuerdo indica: Artículo 1º. La Proveduría de Salud Pública y Asistencia Social proporcionará a las dependencias del Ramo que lo soliciten únicamente las drogas, medicinas y sueros, vacunas y demás preparaciones de uso terapéutico

---

<sup>10</sup> AGCA, Fondo Documental de Salud Pública, Transcripción del Acuerdo Gubernativo de fecha 11 de enero de 1946, en una hoja membretada de la Dirección General de Asistencia Social, con el número 06638, sin firma, sin remitente y destinatario, 23794, DSC02987.

que se encuentran inscritas en la edición más reciente de la Farmacopea Francesa (Codex Medicamentarius Gallicus; la Farmacopea Americana (U.S.P.) el Formulario Nacional Americano (N.F.) la lista de medicamentos nuevos no oficiales de la Asociación Médica Americana (New and Non oficial Remedies (N.N.R.)). Pero el Artículo 3º consigna: “Cuando alguna de las dependencias desee adquirir con fines experimentales u otros, algún producto no incluido en las listas mencionadas, la Dirección General respectiva gestionará ante el Ministerio una autorización especial, indicando las razones que justifiquen su petición.”

Podría considerarse entonces que el Acuerdo Gubernativo del 11 de enero de 1946, constituyó el marco legal que posibilitó la creación del Centro de Adiestramiento e Investigaciones de las Enfermedades Venéreas y por ende, los experimentos. Aunque no se ha encontrado la normativa de la creación del mencionado Centro.

Por otra parte, el Código Penal, del año 1936, contemplaba el delito del contagio venéreo. Tipificaba a los responsables: “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”.

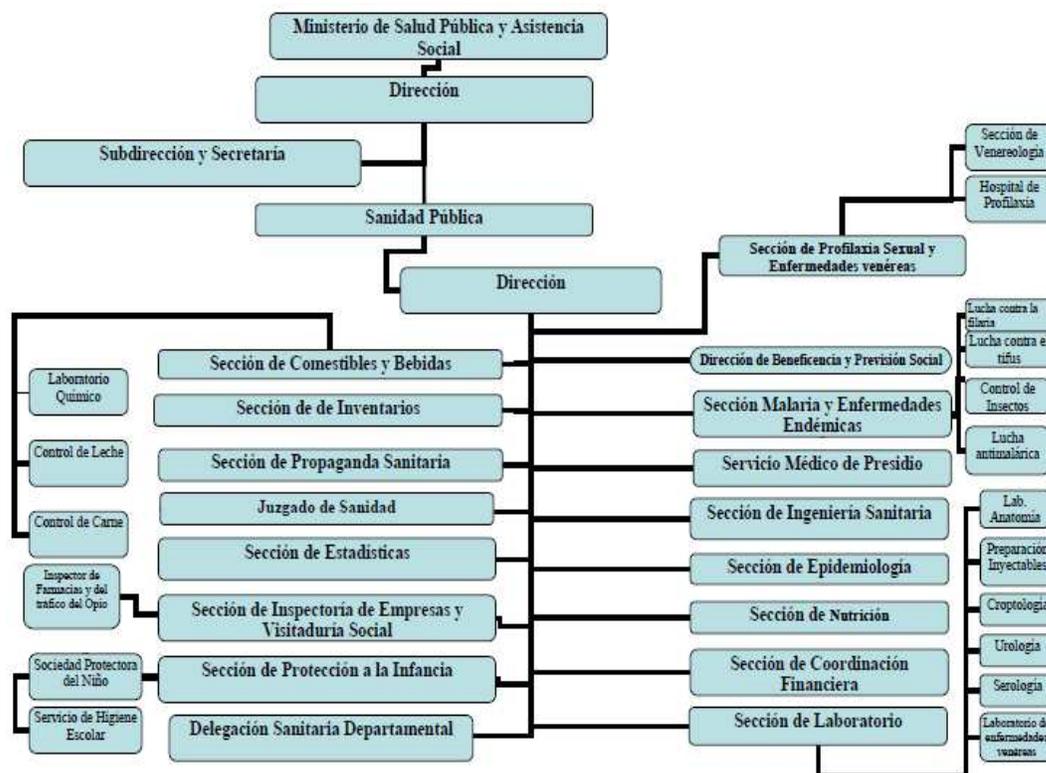
“Artículo 338. El que conociendo o sospechando que está contaminado de enfermedad venérea expusiere al contagio o contagiare a otro, será castigado con seis meses de arresto mayor”. “Artículo 339. El que no sabiendo que está enfermo transmitiere a otro una enfermedad venérea, será castigado con dos meses 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”.

#### **4. La autoridad sanitaria**

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social fue creado en enero de 1945. En febrero de 1937 por disposición gubernativa, el Hospital de Venéreas dejó de ser un anexo del Hospital General y pasó a la Dirección de Sanidad Pública. En el marco de los cambios administrativos de finales de junio y principios de julio de 1944, la Dirección General de Sanidad Pública fue militarizada por disposición gubernativa (Herrera, 1946:1). En 1945 la estructura del sistema de salud era la siguiente:

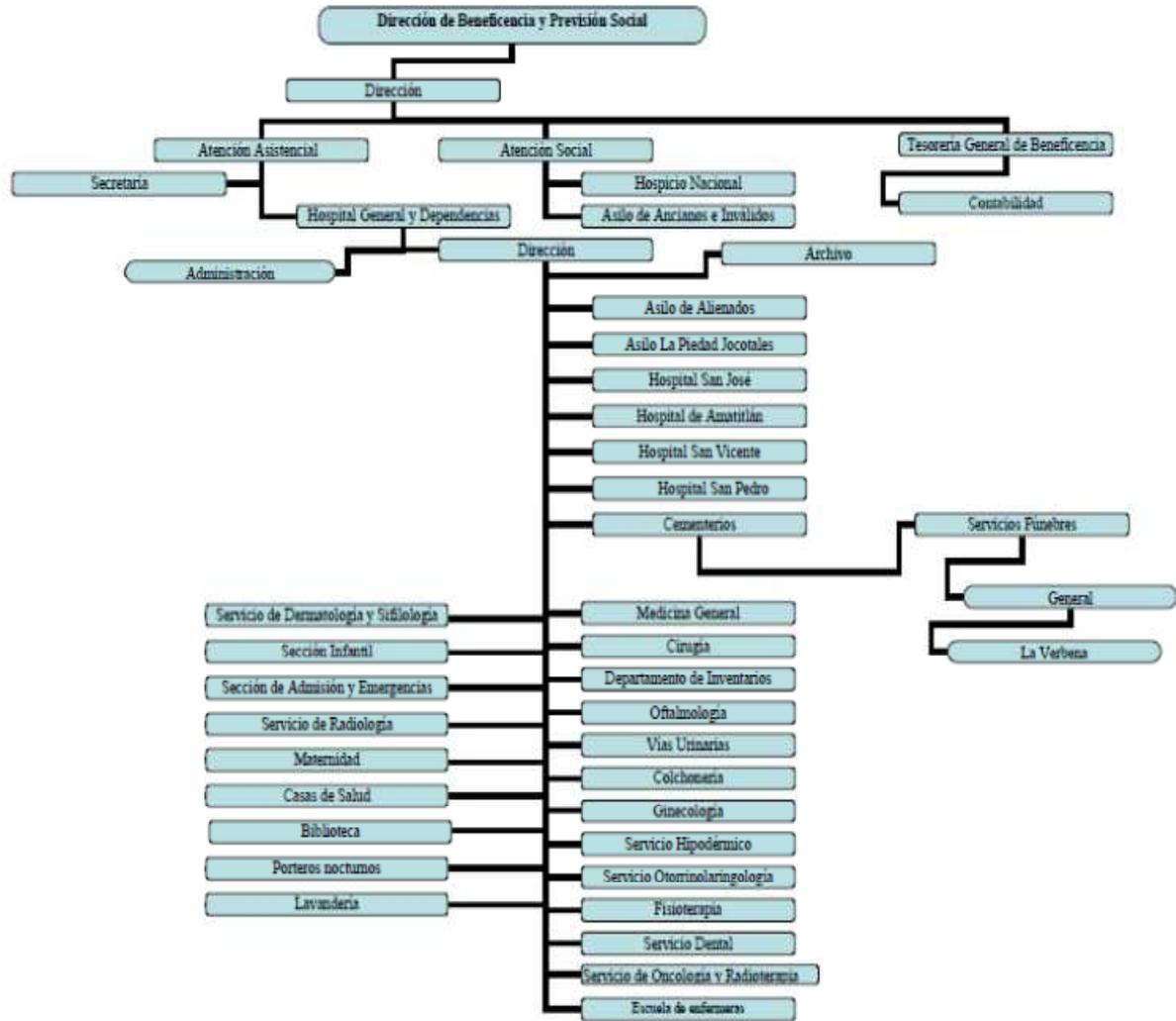
## Organigrama 1 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 1945



Fuente: En base a datos del Fondo de Salud Pública del AGCA.

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 de los guatemaltecos durante el período de los experimentos con sujetos humanos. En la línea jerárquica, luego del Ministro seguía el director General de Beneficencia Pública y le seguía el Director del Asilo de Alienados (neuropsiquiátrico).

## Organigrama 2 Dirección de Beneficencia Y Previsión Social 1945



Fuente: En base a datos del Fondo de Salud Pública del AGCA.

Dentro de las dependencias que no formaban parte de la estructura de Salud Pública y Asistencia Social, pero participaban en programas de salud está la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), el Institute for the Blind y el Centro de Adiestramiento e investigaciones de Enfermedades Venéreas de la OSP.

Los cargos importantes en los servicios de salud pública fueron ocupados por varios médicos desde mediados de los años 30 y se mantuvieron en los mismos la mayor parte del período revolucionario. En los documentos consultados se pudo identificar

nombres de autoridades al más alto nivel, correspondiente al período de estudio.<sup>11</sup> Algunos son consignados en la siguiente tabla.

**Tabla 1**  
**Autoridades de Salud Pública y Asistencia Social**

Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
José Ruíz Angulo	Director General	Dirección General de Beneficencia Pública	28.05.1936
José Ruíz Angulo	Director	Hospital General	28.05.1936
Dr. Carlos E. Azpuru	Jefe	Servicio del Consultorio Prenatal del Hospital General	31.12.1943
Dr. Víctor M. Giordani	Director	Hospital General	02.12.1944
Dr. J. Roberto Herrera	Director General	Dirección General Sanidad Pública	03.02.1945
Dr. Bernardo Aldana	Director General	Dirección General de Asistencia Social	02.03.1948
Francisco Cáceres H.	Secretario	Dirección General de Asistencia Social	02.03.1948
Dr. B. Aldana	Ministro	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	10.05.1948
Julio E. Morris	Secretario Interino	Dirección General de Asistencia Social	15.04.1948

Fuente: En base a datos del Fondo de Salud Pública, AGCA.

En 1945 el Dr. Miguel Francisco Molina, dejó de ser Médico Jefe para pasar a ser el Director del Asilo de Alienados, cargo que desempeñó por lo menos hasta enero de 1949.<sup>12</sup> Al 31 de enero de 1947 el cuerpo médico, paramédico y administrativo del Asilo de Alienados se describe en el cuadro siguiente.

**Cuadro 2**  
**Nombres del personal médico, paramédico y administrativo del Asilo de Alienados 1947**<sup>13</sup>

Nombre	Cargo	Nombre	Cargo
Dr. Miguel F. Molina	Médico Director	David Arce	Enfermero

<sup>11</sup> Las fechas que parecen en las tablas, corresponden a las evidencias documentales del actuar de los funcionarios.

<sup>12</sup> AGCA, Fondo Salud Pública, nómina de sueldos devengados durante el mes de enero de 1949, por los empleados del Hospital Neuropsiquiátrico, 01.1949, 24286, DSC05361.JPG

<sup>13</sup> AGCA, fondo Salud Pública, Nómina de los sueldos devengados durante el mes de enero de 1947 por los empleados del Asilo de Alienados, 31.01.1947, 24285, DSC04831 – 24285, DSC04832.

Br. José A. Campo	Secretario	Carlos Villagrán	Enfermero
Clementino Castillo A.	Oficial Primero	Ramiro Pereira	Enfermero
Alberto Rosales B.	Oficial Segundo	Arnulfo Maldonado	Enfermero
Virgilio Marroquín G.	Oficial Tercero	Quirino de Paz	Enfermero
Dr. José Manuel Arias	Médico Interno	Ricardo Lima	Enfermero
Dr. Héctor A. Aragón	Médico Jefe de Servicio	Tomás Jardín	Enfermero
Dr. Carlos Salvadó	Médico Jefe de Servicio	Gregorio Chaval	Enfermero
Dr. Julio Salvadó	Médico Jefe de Servicio	José Aguilar	Enfermero
Dr. Manuel Morán	Médico Jefe de Servicio	Flavio López	Enfermero
Dr. J. Vicente Martínez N.	Médico Jefe de Servicio	Enoc Pérez Hernández	Enfermero
Miguel Ángel Penagos	Médico Jefe de Servicio	Flavio Pineda	Enfermero
Br. Mario Chávez	Practicante Interno	Juan Jiménez	Enfermero
Br. Raúl Ruano M.	Practicante Interno	Antonio Chacón	Enfermero
Br. Orlando Aguilar	Practicante Medio Interno	Vicenta Arango	Enfermera
Br. German Aguilar	Practicante Medio interno	Berta Chávez	Enfermera
Br. Miguel Ángel Reyes	Practicante Medio Interno	María Alvarado	Enfermera
Br. Vicente Rosal	Practicante Medio interno	Nazaria Quevedo	Enfermera
Br. Javier Aguja	Practicante Medio interno	Soledad Segura	Enfermera
Br. Ricardo Asturias V.	Practicante Medio Interno	Andrea García	Enfermera
Dr. Guillermo Mata Amado	Dentista	Rosa Cárcamo	Enfermera
Br. Mario Fenández	Experto de Laboratorio	Petrona Chamalé	Enfermera
Concepción Morán Aguilar	Ayudante de Laboratorio	Jesús Dávila	Enfermera
Br. José A. Campo	Médico Jefe Fisioterapia	Rosario Quiñónez	Enfermera
Eleuterio González	Enfermero Fisioterapia	Teresa Díaz	Enfermera
Sor Vicenta Umaña	Superiora	Piedad Albizurez	Enfermera
Carmen Palomo	Empleada de Farmacia	Teresa García	Enfermera
Julia Sánchez	Empleada de Farmacia	Josefa Ruiz	Enfermera
Rafael Navarajo	Enfermero	Eudelia Mérida	Enfermera
Carlos Salazar	Enfermero	Amalia Camey	Enfermera
Julio Trejo G.	Enfermero	María Cristina Hernández	Enfermera
David Jardín	Enfermero	Angelina Umaña	Enfermera

Justiniano Aroche	Enfermero	Olivia Hernández	Enfermera
Bartolomé Contreras	Enfermero	Teresa Godoy	Enfermera

Fuente: elaboración propia con datos del fondo de Salud Pública, AGCA.

El 17 de agosto de 1947 el Asilo de Alienados cambió de nombre por Hospital Neuropsiquiátrico. En 1948, segundo año en que se realizaban los experimentos con ciudadanos y ciudadanas guatemaltecas, a lo largo del mismo hubo cambios en el personal médico y administrativo, como lo demuestra el siguiente cuadro.

**Cuadro 3**  
**Rotación del personal médico, paramédico y**  
**administrativo del Hospital Neuropsiquiátrico 1948<sup>14</sup> - <sup>15</sup> - <sup>16</sup>**

Mes	Nombre	Cargo
Enero	Dr. Antonio Durán Román	Asesor Técnico
"	Dr. Armando Linares	Médico Jefe de Servicio, interino
junio	Pedro Salazar Espinosa	Secretario Contador
"	J. Alberto Rosales	Oficial Primero
"	Carmen Palomo	Oficial Segundo
"	Consuelo Escobar R	Oficial Tercero
Noviembre	Dr. Ricardo Ponce Ramírez	Médico de Recepción de Enfermos
Diciembre	Dr. Carlos Salvadó	Médico Jefe de la Sección de Hombres
"	Dr. Roberto Granados	Médico Jefe de la Sección de Alcohólicos
"	Salvador Valenzuela,	Médico jefe de la Sección de Epilépticos

Fuente: En base a datos del fondo de Salud Pública, AGCA.

Al finalizar el año la organización del personal del Hospital Neuropsiquiátrico era la siguiente.

<sup>14</sup> AGCA, fondo Salud Pública, circular suscrita por el Dr. Miguel F. Molina, donde convoca a una sesión plenaria al personal técnico del Hospital Neuropsiquiátrico, 12.07.1948, 24375, DSCO4759.

<sup>15</sup> fondo Salud Pública, Nómina de los sueldos devengados durante el mes de enero de 1948 por los empleados del Hospital Neuropsiquiátrico, 31.01.1948, 24285, DSC04867.

<sup>16</sup> AGCA, fondo Salud Pública, oficio No. 204, dirigido al Director General de Asistencia Social por el Dr. Miguel F. Molina, Director del Hospital Neuropsiquiátrico, 07.12.1948, 24375, DSC04749.

**Cuadro 4**  
**Nombres y puestos del Hospital Neuropsiquiátrico, diciembre 1948**<sup>17</sup>

Nombre	Cargo
Dr. Miguel F. Molina	Médico Director
Dr. Carlos Salvadó	Jefe de Sección
Dr. Ricardo Ponce	Clasificación y Recepción
Dr. Mariano Castillo	Médico Somático
Dr. Salvador Valenzuela	Jefe del Servicio de Epilépticos
Dr. Roberto Granados	Jefe del Servicio de Alcohólicos y Toxicómanos
Dr. Julio Salvadó	Psicosis endógena
Dr. Miguel Ángel Penagos	Psicosis sintomáticas y reactivas
Dr. Mariano Castillo	Psiquiatra por turno y Enfermería

Fuente: elaboración propia con datos del fondo de Salud Pública, AGCA.

### Enfermedades tratadas en el Asilo de Alienados

En 1932 el Asilo de Alienados atendía las siguientes enfermedades: a) *Detenciones del desarrollo intelectual: idiotas, imbéciles (sic), y débiles mentales (...)*; b) psiconeurosis endógenas: psicopatías, histeria, epilepsia; c) psicosis endógenas: psicosis maniaco-depresivas, paranoides; f) (sic) demencia precoz o grupo de las esquizofrenias; g) psicosis senil; h) psicosis orgánica; i) psicosis de origen metabólico; j) psicosis febriles e infecciosas; k) psicosis tóxica: alcoholismo, éter sulfúrico; y l) estados psíquicos indeterminados.<sup>18</sup>

El 15 de diciembre de 1945 el Dr. Molina autorizaba a la Directora de la Escuela Nacional de Enfermeras, de manera condicionada que las enfermeras asistieran a “recibir sus clases... de Psiquiatría (sic) en el Asilo de Alienados”. La condición estaba plasmada en los términos siguientes: “pero le suplico aceptar una condición: que sus enfermeras se comprometan a guardar un silencio religioso de lo que vean y oigan. Primero: porque las considero con una educación ética, sólida, que las hace guardar el secreto más profundo

<sup>17</sup> AGCA, fondo Salud Pública, hoja copia sin firma, 06.12.1948, 24369, DSC04751.

<sup>18</sup> AGCA, fondo Salud Pública, Memoria de labores de 1932, del Asilo de Alienados, hoja 3, 31.12.1932, 24280, DSC04545.

de las miserias humanas que se ven en los centros hospitalarios, tan tristes y conmovedores como el nuestro.”<sup>19</sup>

El Dr. Molina consideraba, además, que cualquier crítica que por ingenuidad o imprudencia trascendiera públicamente, “perjudicaría el honor, la dignidad y el crédito del Establecimiento (sic), que necesita imperativamente fe pública, para que los infortunados deudos... no sufran más... al considerar que sus seres queridos yacen en un campo de concentración, de abandono, de inmundicia, de tortura y miseria, como dicen nuestros piadosos difamadores.”<sup>20</sup>

## 5. Relación con instituciones internacionales

En abril de 1931 el Dr. Carlos Padilla, director de Salubridad Pública, asistió a la II Conferencia de Directores de Salubridad, realizada en Washington D.C. Entre los temas, se discutió el control de la prostitución y las enfermedades venéreas.<sup>21</sup> Después de trasladar las recomendaciones formuladas en la Conferencia apuntó: “Como se nos indicara que el modelo del Servicio Sanitario de Alabama era... aplicable a nuestras condiciones económicas y sociales, pasé, previa... recomendación de la Fundación Rockefeller, a la ciudad de Montgomery...” Y añade que gracias al Dr. Baker, director de Salubridad del Estado de Alabama, recorrió todo el Estado y estudió la organización basada en unidades sanitarias y cooperación de médicos que no pertenecían a Salubridad.<sup>22</sup>

En 1934 la Dirección General de Sanidad Pública hacía referencia a la relación con la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP). Señalaba que la Dirección “mantuvo frecuente correspondencia con instituciones similares de Europa y América, especialmente con la Oficina Sanitaria Panamericana”, cuyo Jefe era el Dr. Hugo H. Comming.<sup>23</sup>

El 30 de agosto de 1943 el Gobierno de la República aprobó el convenio celebrado entre Sanidad Pública y el Instituto de Asuntos Interamericanos, dependencia del Gobierno de los Estados Unidos, para extender el programa cooperativo de salud y saneamiento a cuatro años más a partir del 1 de septiembre de 1945. El convenio establecía que la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos aportaría Q 300,000, igual cantidad al monto que pondría el Gobierno de Guatemala (Herrera, 1946:3).

---

<sup>19</sup> AGCA, fondo Salud Pública, nota 97 dirigida por el Dr. Miguel F. Molina, Director del Asilo de Alienados a Carmen I. Vilanova C., Directora de la Escuela Nacional de Enfermeras, 15.12.1945, 24127, DSC04110.

<sup>20</sup> AGCA, fondo Salud Pública, nota 97 dirigida por el Dr. Miguel F. Molina, Director del Asilo de Alienados a Carmen I. Vilanova C., Directora de la Escuela Nacional de Enfermeras, 15.12.1945, 24127, DSC04110.

<sup>21</sup> AGCA, fondo Salud Pública, Memoria de labores de 1931 del Ramo de Relaciones Exteriores, 3725, 244.

<sup>22</sup> AGCA, fondo Salud Pública, Memoria de labores de 1931 del Ramo de Relaciones Exteriores, 3725, 254.

<sup>23</sup> AGCA, fondo Salud Pública, Memoria de labores de 1934 de la Dirección General de Sanidad Pública, 7784, 17.

Por una nota del 3 de febrero de 1945 del Dr. Miguel Francisco Molina, dirigida al Dr. Julio Roberto Herrera, Director General de Sanidad Pública, se conoce la relación entre médicos guatemaltecos y médicos de la Armada de los Estados Unidos. La nota acusaba recibo de la invitación a participar, junto con médicos del Asilo de Alienados, en una conferencia del Mayor y Dr. Goldon de la Armada estadounidense, sobre patología tropical y tifus.<sup>24</sup>

En un artículo publicado en el boletín de la OSP, en agosto de 1946, el Dr. Juan M Funes anunciaba el inicio de sus funciones en el Centro de Adiestramiento e Investigaciones de las Enfermedades Venéreas, fundado mediante convenio cooperativo entre la Dirección General de Sanidad Pública y la OSP. El Centro había sido dotado con equipo moderno, e informa que el “Dr. J. C. Cutler... fue integrado al personal técnico”, habiendo sido parte de un equipo que realizaba investigaciones sobre las condiciones venereopáticas e impartía instrucción a becadas por la Dirección de Sanidad de Guatemala (Funes, 1949).

## **6. Investigaciones de enfermedades venéreas**

Desde la década de los 30, durante el gobierno de Jorge Ubico, se habían emprendido investigaciones sobre enfermedades venéreas. En 1933 en el Asilo La Piedad, se realizó investigación del Bacilo de Hansen en el moco nasal, en el sedimento de orina y en los ganglios. Además fueron practicadas pruebas de tuberculina y serorreacciones de Wassermann, Kahn y Meinicke. Por primera vez “con la eficaz colaboración de los Laboratorios de la Sanidad Pública”, se verificaron los exámenes en todos los pacientes.<sup>25</sup>

La Memoria de Labores de la Beneficencia Pública (1933) refiere la innovación del “examen completo, microscópico y serológico del líquido céfalo-raquídeo”, indicando que emplearon como reacción coloidal, preferentemente, la kaska Normo-mastic y, ocasionalmente, la reacción Jacobsthal-kaska-mastic. “En el campo de los experimentos del líquido céfalo-raquídeo aparecen dos problemas de gran significación práctica y teórica: a) La base serológica y morfológica de meningismo en el parasitismo intestinal de los niños y b) La frecuencia serológica-morfológica de los resultados positivos en los diferentes períodos de la sífilis general progresiva.”<sup>26</sup>

---

<sup>24</sup> AGCA, fondo Salud Pública, nota No. 31 suscrita por el Dr. Miguel F. Molina, Médico Jefe del Asilo de Alienados, dirigida al Dr. Julio Roberto Herrera, Director general de Sanidad Pública, 03.02.1945, 24365, DSC05082.

<sup>25</sup> AGCA, Fondo Salud Pública, Memoria de labores de 1933 del ramo de la Beneficencia Pública, 3803, 94.

<sup>26</sup> AGCA, Fondo Salud Pública, Memoria de labores de 1934 de la Dirección General de Sanidad Pública, 3805, 82-83.

En ese año la Sección de Epidemiología reportó 1,338 casos de enfermedades venéreas; fueron curados casi todos los pacientes, y murieron dos. Los casos de sífilis fueron 538; 24 enfermos murieron.<sup>27</sup>

El 26 de septiembre de 1934, el Dr. Miguel F. Medina informaba al Director General de Sanidad Pública del ofrecimiento del Dr. Jacobsthal para realizar exámenes serológicos en el Asilo de Alienados. “El Profesor Jacobsthal, jefe de los laboratorios de esa institución, ha ofrecido espontáneamente hacer los exámenes serológicos de índole delicada, principalmente de líquido céfalo-raquídeo para los enfermos del Asilo de Alienados.”<sup>28</sup>

A la vez se conducía la investigación sobre la sífilis “siguiendo el programa marcado por la Dirección, el Laboratorio [se] continua la investigación serológica sistemática de la sífilis y la tuberculosis”. El Laboratorio Serológico estuvo bajo la dirección del Dr. Ramiro Herrera V., predecesor del Dr. Jacobsthal de la Universidad de Hamburgo.

El Ramo de Beneficencia Pública y Previsión Social, en su Memoria de Labores de 1934, refiere que “fueron conducidas por la policía... 753 mujeres acusadas de ejercer prostitución clandestina..., para ser examinadas en el Hospital de Venéreas.<sup>29</sup> Ya para 1935 se señalaba que la campaña sanitaria contra las enfermedades venéreas llevada a cabo por la Policía, había sido más intensa que años anteriores.<sup>30</sup> Para el tratamiento de las pacientes se utilizó el método recomendado por Stokes, hospitalizándolas por un mínimo de tres meses y haciendo “ensayos clínicos con el nuevo producto *Marfarside* de la casa Park & Davis”, porque poseía grandes ventajas sobre los medicamentos que se había utilizado hasta entonces.

En 1937, a partir de su traslado al nuevo edificio de Sanidad, el Laboratorio Bacteriológico fue ampliado y reorganizado. Bajo la jefatura del Dr. Enrique Padilla se separó la Sección de Serología, debido al aumento de trabajo que registraba y en sus actividades incluía la investigación de gonococo en hombres y mujeres.<sup>31</sup> Un Informe de Consulta Prenatal en 1943 indica que fueron tomadas 1,076 muestras de sangre, de las cuales fueron enviadas 1,063 a Sanidad Pública para exámenes de lúes.<sup>32</sup> Un resumen mensual de “exámenes de sangre para investigación de Lúes”, agrega que de las muestras, 67 resulta-

---

<sup>27</sup> Ibid., 3805, 135.

<sup>28</sup> AGCA, Fondo Documental Salud Pública, nota dirigida al Director General de Sanidad Pública, remitida por Miguel F. Molina, Médico-Jefe del Asilo de Alienados, 26.09.1934. 24323, DSC03395.

<sup>29</sup> AGCA, Fondo Salud Pública, Memoria de labores de 1934 en el ramo de Beneficencia Pública y Previsión Social, 3804, 139.

<sup>30</sup> AGCA, Fondo Salud Pública, Memoria de labores de 1935 en el ramo de Beneficencia Pública y Previsión Social, 3806, 48.

<sup>31</sup> AGCA, Fondo Salud Pública, Memoria de labores de 1937 de la Dirección General de Sanidad Pública, 7785, 6.

<sup>32</sup> AGCA, Fondo Documental de Salud Pública, Informe de la Consulta Prenatal del año 1943 del Hospital General, 1943, 23469, DSC02941.

ron positivas y 18 dudosas, es decir el 7.9% de las personas afectadas y tratadas, mientras que en 1942 de 1,025 exámenes resultó positivo el 7.4%.<sup>33</sup>

De manera que el énfasis estuvo en investigar la eficacia de las diferentes reacciones serológicas en la detección de las enfermedades. El objetivo no era descubrir los tratamientos más efectivos para curarlas, sino lograr el diagnóstico más acertado en cada fase de las enfermedades investigadas. Esa dinámica se mantuvo en los siguientes años.

## **7. Continuidad de las investigaciones (Gobierno de Arévalo)**

La Consulta Externa de Ginecología del Hospital General fue establecida en marzo de 1945.<sup>34</sup> En diciembre, el Dr. Nicolás Wyss, jefe del Laboratorio Serológico y sus Anexos, informó al Director General de Sanidad Pública que en el Laboratorio se continuaba con los métodos establecidos y usando los mismos antígenos. Agregaba que en el mes anterior se había realizado la mayor cantidad de exámenes (2,998), debido a que la Comandancia de Armas, la Escuela Politécnica y el Hospital Militar “diariamente remitían gran número de sangre (sic) para dichos exámenes”.<sup>35</sup>

En otro artículo, el Dr. Juan M. Funes<sup>36</sup> señalaba que en 1946 se había efectuado censos serológicos de colectividades tales como el Hospicio Nacional, la Penitenciaría Central y el Asilo de Alienados. Afirmaba que el técnico serólogo Joseph Portnoy y él (Funes), quien se encargaba de la parte clínica investigativa, realizaron un recorrido por Centro América, hasta Panamá, realizando demostraciones de la técnica VDRL a la cardioplipina, ante el personal encargado de los laboratorios locales (Funes, 1949:47).

En el mismo texto ilustra que “a partir de 1945 se había iniciado en Guatemala la modernización de las técnicas y los métodos de fiscalización y manejo de las dolencias venéreas, en ocasión de que el Dr. Luis F. Galich se encontraba al frente de la sección”. Agrega que tales cambios implicaron la centralización de los servicios en la Jefatura de la Sección de Enfermedades Venéreas y los distintos dispensarios, entre ellos el Dispensario de Profilaxis Sexual, anexo al Hospital del mismo nombre, así como los dispensarios para hombres y mujeres, situados en el edificio de la Dirección General del Ramo, dispensarios municipales, servicios especializados de las delegaciones sanitarias y hospitales departamentales. Los laboratorios serológicos también fueron centralizados, por la obligatoriedad

---

<sup>33</sup> AGCA, Fondo Documental de Salud Pública, cuadro de resumen de los exámenes de sangre para investigación de lúes de 1943, del Hospital General, 1943, 23469, DSC02942.

<sup>34</sup> AGCA, Fondo Documental de Salud Pública, Informe de labores desarrolladas en la Consulta Externa de Ginecología del Hospital General, correspondiente a 1945, 23469, DSC02926.

<sup>35</sup> AGCA, Fondo Sanidad Pública, Laboratorio Serológico, libros de registro de exámenes y resultados de pruebas, Serológico 1945, 100-8411.

<sup>36</sup> Juan M. Funes fungió como Director del Centro de Tratamiento Rápido, Jefe de la Sección de Enfermedades Venéreas de la Dirección de Sanidad Pública de Guatemala, durante los años de los experimentos.

de la tarjeta de sanidad, que permitía descubrir numerosos casos de sífilis (Funes, 1949:46).

Datos que reflejan la magnitud de la investigación de sífilis, se encuentran en los informes Presidenciales de 1946 y 1947: en el “Laboratorio Serológico se practicaron 28,677 exámenes de sangre para investigar sífilis.” (Arévalo, 1946: 164). Al año siguiente el número de exámenes aumentó a 33,123 (Arévalo, 1947:241).

En 1946 era manifiesto el interés de las autoridades de Salud por el control de los casos de enfermedades infecto contagiosas. El 31 de mayo el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social emitió una resolución en la que solicitaba a todos los hospitales de la República el envío a la Dirección General de Sanidad Pública, de un informe de los casos de dichas enfermedades para evitar epidemias.<sup>37</sup>

En correspondencia, el Director del Hospital General y sus Dependencias, ordenó a los Médicos Internos y Jefes de Consulta Externa el traslado al Servicio de Urología de los enfermos que presentaran afecciones genitales.<sup>38</sup>

En ese contexto fue creado el Juzgado de Sanidad en la Sección de Venereología (1946), para contribuir al control de la prostitución. Esa disposición fortaleció la persecución de personas infectadas de enfermedades venéreas y sólo de ese período, se reporta que la Guardia Civil condujo a 756 mujeres, sindicadas de ejercer la prostitución clandestina, e internadas en el Hospital de Venereología de Sanidad Pública (Arévalo, 1947:237).

Un artículo, *Problemas serológicos en Centro América* (marzo 1951), de Genevieve Stout y John C. Cutler, señala que en 1946 la OSP con la ayuda del Servicio de Salubridad de los Estados Unidos, instaló un Laboratorio de Investigaciones de las Enfermedades Venéreas en Guatemala. Indica que realizaron pruebas serológicas a 151 niños de 14 años de una escuela del Puerto de San José, en períodos de 23 y 430 días, aplicándoles exámenes dos o más veces diarias. No obstante, descartaban la presencia de sífilis primaria y secundaria. Los exámenes demostraron que las reacciones observadas no eran causadas por sífilis y que sólo un niño de 7 años indicó sífilis congénita; además por falta de autorización no fue posible extraerles líquido cefalorraquídeo.

Otra parte de la investigación con reacciones serológicas fue realizada por el Dr. H. Aragón en el Hospicio Nacional con 515 niños, de uno a 18 años. En este caso no se encontraron indicios de sífilis congénita.

---

<sup>37</sup> AGCA, fondo Salud Pública, nota suscrita por el Dr. B. Aldana, Director General de asistencia Social, recibida por la Secretaria del Asilo de Alienados, 06.06.1947, 24366, DSC05086.

<sup>38</sup> AGCA, fondo Salud Pública, copia de la nota número 1712, enviada por Dr. J. Méndez Valle, Secretario del Hospital General y sus Dependencias, a los Médicos Internos y Jefes de Consulta Externa, 15.10.1946, 23258, DSC00657.

El Informe Presidencial de 1947 denota énfasis en el control de las enfermedades venéreas: el 13 de mayo se acordó que *“para el mejor control y debida represión del comercio sexual clandestino y el contagio de las enfermedades venéreas... se dispuso... que todas las empleadas de cantinas, cabarets, refresquerías, cervecerías y establecimientos similares... estaban obligadas... a pasar un reconocimiento médico en las oficinas sanitarias.* (Arévalo, 1948:242).

Fue en ese año que se inauguró el Centro de Adiestramiento e Investigaciones de las Enfermedades Venéreas (Arévalo, 1948:270), donde continuaron las observaciones con el antígeno cardiolipina, una prueba mucho más específica que la reacción serológica estándar para la sífilis. El presidente Juan José Arévalo confirma que antes de la creación del Centro había un proceso de investigación sobre enfermedades venéreas, cuyo objetivo era conocer la efectividad de los exámenes y reacciones serológicas.

Ahora bien, la información localizada sobre las investigaciones de sífilis, indica que no se estudiaba la eficacia de la penicilina. El tratamiento aplicado a los hombres fue con inyecciones de: neo-arsfenamina, arsénico, bismuto, hiposulfito de magnesia, gluconato de calcio, autohemoterapia, vitace, adrenalina y coralina. En el caso de las mujeres emplearon los mismos medicamentos, con la diferencia que a ellas sí les administraron inyecciones de penicilina.

### **El II Congreso Centroamericano de Venereología**

En el contexto de las investigaciones de las enfermedades venéreas y la práctica de experimentos en seres humanos en Guatemala, se realizó en Guatemala, entre el 26 de abril y el 1 de mayo de 1948, el II Congreso Centroamericano de Venereología. De acuerdo al proyecto del reglamento para dicho Congreso, los temas obligatorios a tratar eran:<sup>39</sup>

- Valoración de la penicilina en el tratamiento de la sífilis
- Evaluación de la arsenoterapia semi-intensiva de 20 días
- Estudio de la acción del salicilato de sodio en el tratamiento del linfogranuloma venéreo y apreciación de otros métodos de tratamiento
- Evaluación de las probabilidades de matrimonio entre sífilíticos tratados con los sistemas intensivos
- Las enfermedades venéreas en la infancia

<sup>39</sup> AGCA, Fondo Documental de Salud Pública, Proyecto de Reglamento del Segundo Congreso Centroamericano de Venereología, 24367, DSC03016

Los temas seleccionados para el Congreso eran congruentes con las investigaciones sobre enfermedades venéreas, iniciadas en Guatemala varios años atrás. Las recomendaciones del Congreso hacían énfasis en el diagnóstico para detectar la sífilis, mas no en la efectividad de los medicamentos, como la penicilina.

El Comité Organizador del Congreso se integró con los médicos: Alejandro Palomo, Presidente; Luís F. Galich, Secretario; John Cutler, Carlos E. Tejada, Juan M. Funes, Francisco J. Aguilar, William MacAnally y Julio Fuentes Novella, vocales. Un artículo del Dr. Juan M. Funes publicado en el Boletín de la OSP, reseña las conclusiones del Congreso (Funes, 1949):

1. Anamnesia y examen clínico cuidadoso
2. Reacciones serológicas cuantitativas repetidas, incluyendo la VDRL a la cardiolipina
3. Verificación de las reacciones en diferentes laboratorios
4. Estudios hematológicos completos y aglutinaciones heterófilas
5. Estudio epidemiológico en casa del enfermo, en la familia y de los contactos
6. Examen de LCR
7. Radiología cardio-aórdica

## **8. Contexto político de los experimentos**

Cuando ocurrió la divulgación de los experimentos humanos en Guatemala en la década de 1940, hubiera sido un tanto lógico apuntar al gobierno despótico, autoritario y supresor de todas las libertades del tirano Jorge Ubico. Pero la noticia reveló que, por el contrario, se hablaba del régimen democrático del humanista Dr. Juan José Arévalo, cuyo perfil no encajaba en lo sucedido.

A la par de seguros participantes conscientes en los experimentos, es necesario hacer luz sobre el presidente Juan José Arévalo, por supuesto la figura más alta en todo este escenario. 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 hómitem* ni caer en satanización. El objetivo de este trabajo es dilucidar la verdad hasta donde se pueda con los recursos actuales.

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 de error. El mismo Arévalo se

encargó de expresar una altísima autoestima y en sus escritos no se recuerda encontrar la palabra “error” o “fracaso”, lo cual se parece mucho a una falta de autocrítica.

Pero en lo que no vaciló nunca en sus seis años de mandato, fue en que su gestión constituyera una ruptura radical con las tiranías anteriores. Esto significa, entre otras cosas, que permitió la libertad en todos sus órdenes; no se conoce que haya mandado matar a nadie (el caso de Francisco Javier Arana no encaja en ninguna de sus astutas maniobras y fines políticos); nunca hizo prisioneros políticos. Sus informes y proclamas así como los datos reales evidencian un trato humano a la niñez, a los prisioneros, a los desvalidos.

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 la Junta Revolucionaria y Arévalo, aunque contaron con líderes brillantes, dependían 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 repulsi3n 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 regi3n: Trujillo en la República Dominicana, Somoza en Nicaragua, Carías Andino en Honduras, Pérez Jiménez en Venezuela.

En diversos sitios expresa una admiraci3n genuina por la democracia estadounidense y tenía por el presidente Roosevelt un respeto superlativo (recordar que con su nombre bautizó al Hospital y a la ruta a Occidente). Pero a la vez se opuso radicalmente a políticas expansionistas y hegemónicas de los Estados Unidos que casi siempre tenían por blanco a los países de esta regi3n americana (*imperialistas* las llama constantemente).

Su choque con la compaía bananera, United Fruit Company (UFCO), fue constante e indudable por dicha raz3n. El gobierno de Arévalo fue el primero en América Latina que expulsó a un embajador de la poderosa naci3n del norte, así como al agregado militar, básicamente por interferir a favor de la poderosa UFCO. Está documentado que una fuerte opini3n en los Estados Unidos se inclinaba a considerarlo comunista en pro de la Uni3n Soviética, aunque escritos, palabras y acciones durante y después de su Gobierno contradigan esa apreciaci3n.

Esa época estuvo marcada por un factor geopolítico determinante, el nacimiento de la llamada “Guerra Fría”, según la cual los Estados Unidos no iba a tolerar ningún “peligro” en su *Patio Trasero* y cualquier manifestaci3n de independencia se calificaba como peligrosa. Más aun con la reciente victoria contra el fascismo en Europa y en Asia.

---

Arévalo respetaba las instituciones democráticas y en especial las estadounidenses, y en más de una ocasión menciona en sus escritos su respeto por los avances científicos de dicha nación y más específicamente por enormes adelantos técnicos en salud, así que ese prestigio acompañó la presencia de médicos en Guatemala durante su gobierno. Resulta obvio ahora que esa confianza o falta de suspicacia política se tradujo en ausencia de supervisión sobre lo que en realidad llevaba a cabo la misión científica estadounidense, en colaboración con médicos y autoridades administrativas guatemaltecas.

Reconociendo el atraso del país, Arévalo siempre procuró situar a Guatemala 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, tanto de los Estados Unidos como de Europa.

Y a la inversa, promovió un programa de becas al exterior para artistas e intelectuales. Cutler entró a Guatemala en ese escenario de apertura a científicos del exterior. Otra de las certezas es que Cutler se afanó por mantener en secreto lo de los experimentos en los Estados Unidos. Está documentado que hubo secretividad. Cutler y asociados guardaron los experimentos en secretos.

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.

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 jactaba de haber creado la doctrina social que llamó *Socialismo Espiritual*, la definió exhaustivamente como su doctrina de gobierno y la sintetizaba en la dignidad de todas las personas.

En todo lo que se sabe de Arévalo, puede afirmarse que en tal contexto revolucionario y arevalista prevalecía, como política de Gobierno, la modernización económica, la atención a los rezagos sociales, la preocupación por la incorporación étnica en las políticas nacionales, la promoción cultural, la reforma educativa que sin duda fue uno de sus legados perdurables y el sentimiento de dignidad nacional.

---

## Capítulo II

### LOS EXPERIMENTOS EN HUMANOS, 1946-1948

#### Introducción

Los experimentos en Guatemala tuvieron como propósito primordial, desarrollar modelos humanos de transmisión del *Treponema pallidum* -la bacteria 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).

La Dra. 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” y
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 USPHS se decidió por químicos menos nocivos o por penicilina y eso había que probarlo. (Reverby 2011)

El USPHS designó a Cutler para la conducción de este experimento cuyas diferencias con el que ya estaban realizando en Tuskegee era que 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 luego vendría el tratamiento con penicilina, “presumiblemente para curar la infección” (Reverby 2011).

Los documentos de los archivos nacionales y las imágenes digitales correspondientes al fondo John C. Cutler, están constituidos por varias series. Entre éstas fichas médicas de registro y control, así como libros de laboratorio, en los que se anotaba los datos de los y las pacientes, el método de inoculación y los materiales utilizados. También incluyen un registro cronológico de la evolución de la enfermedad y el tratamiento seguido por los y las pacientes.

Estas series documentales además contienen información sobre los experimentos, los detalles de procedimientos y los resultados a nivel médico. Asimismo otros registros como correspondencia entre médicos estadounidenses y médicos guatemaltecos, artículos publicados y otros posiblemente inéditos que tratan especialmente sobre enfermedades venéreas.

### **1. Por qué en Guatemala**

“Durante el período de desarrollo de la terapia con penicilina y la profilaxia orvus-mapharsen, J.M.F. (Juan Manuel Funes), jefe de la VD<sup>40</sup> de la División de Control del Servicio Público de Salud de su país fue asignado como un socio en el VDRL<sup>41</sup> por el Instituto de Asuntos Interamericanos. Por casi un año él tomó parte activa en los estudios experimentales. Enteramente apreciando el problema y posibilidades de solución al método él sugirió la posibilidad de realizar estudios cuidadosamente controlados en su país (sic).”<sup>42</sup>

“Con el propósito de obtener respuestas rápidas para las preguntas concernientes a la utilidad de la casi desarrollada profilaxia comparada con los métodos tradicionales la sugerencia fue ideal por muchas razones. La prostitución era legalizada con el agregado de que a las prostitutas les era permitido realizar visitas regulares a hombres en las instituciones penales. Además el Dr. J.M.F. era responsable de la supervisión médica de la prostitución y de todos los centros de tratamiento rápido donde todos los pacientes de enfermedades venéreas podrían ser hospitalizados para tratamiento gratuito.”<sup>43</sup>

“La Oficina de Sanidad Panamericana, activamente se interesó en el desarrollo de los programas de control de enfermedad venérea así como el entrenamiento y destrezas de investigación fuera de los Estados Unidos de América favoreciendo los proyectos y fue en una posición de participación activa.”<sup>44</sup>

---

<sup>40</sup> Venereal Disease o enfermedades venéreas en español.

<sup>41</sup> Venereal Disease Research Laboratory. Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas en inglés.

<sup>42</sup> GT-AGCA-JCC-S004-002. Informe General, Dr. John C. Cutler

<sup>43</sup> Ibid.

<sup>44</sup> Ibid.

## 2. Cobertura de los experimentos

Según los registros de los médicos responsables de los experimentos, éstos se pudieron realizar gracias a “una beca en ayuda para la investigación... hecha por la División de Becas para la Investigación del Servicio Público de la Salud de los Estados Unidos para la Oficina Sanitaria Panamericana. La VDRL asumió la responsabilidad por los científicos y la dirección técnica del proyecto y proveyó el personal necesario para las tareas del PASB<sup>45</sup> a la cabeza del proyecto.

“El gobierno del país firmó los acuerdos con la PASB permitiendo el establecimiento del centro de investigación y entrenamiento y permitiendo los arreglos de trabajo en cooperación entre el personal de la PASB y varias unidades del gobierno para la investigación y los propósitos de entrenamiento. Fue acordado que el laboratorio y equipo situado localmente retornara al gobierno cuando la PASB renunciara a los intereses en el programa de entrenamiento e investigación; también que el personal local podría ser entrenado para trabajar en el servicio público de salud y tomar posesión de la unidad como una actividad gubernamental si así lo deseara.<sup>46</sup>

“Esto significó que el equipo tuvo autoridad para trabajar, con las autoridades médicas y otras autoridades del servicio público de salud, un centro de tratamiento rápido para la enfermedad venérea; en los hospitales gubernamentales; con las instalaciones médicas y oficiales del ejército; con instituciones a cargo de huérfanos y los dementes; y con el sistema penal.”<sup>47</sup>

## 3. Lugares y fechas de los experimentos

Los experimentos se practicaron con pacientes que provenían del Ejército de Guatemala, del Asilo de Alienados, de la Penitenciaría Central y del Hospital de Profilaxia, en este caso de prostitutas. Se estableció que un total de 32 experimentos con gonorrea, utilizando soldados de la Guardia de Honor y de una Base Militar (no identificada).

Los experimentos realizados con sífilis se dieron en gran medida con pacientes del Asilo de Alienados y la Penitenciaría Central.<sup>48</sup> A decir de los registros médicos, los experimentos se iniciaron en mayo de 1947 y terminaron en julio de 1948, de forma paralela a los realizados con gonorrea. Los experimentos con sífilis fueron identificados por los médi-

---

<sup>45</sup> Siglas en inglés de Pan American Sanitary Bureau o Buró Sanitario Panamericano.

<sup>46</sup> GT-AGCA-JCC-S004-002. Informe General. Dr. John C. Cuttler

<sup>47</sup> GT-AGCA-JCC-S004-002. Informe General. Dr. John C. Cuttler

<sup>48</sup> GT-AGCA-JCC-S004-004. Documentos en inglés.

cos estadounidenses con la numeración del 1 al 17 y se realizaron en diferentes fechas y lugares.

A pesar que los documentos señalan que en mayo de 1947 iniciaron los experimentos en la Penitenciaría, una nota del 12 de noviembre de 1946 remitida por el Dr. Cutler al Dr. John F. Mahoney, Director Médico del USPHS y Director del Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas (VDRL), Staten Island, Hospital de Infantería de Marina, refleja que los estudios sobre la presencia de sífilis entre los presos había dado inicio desde ese momento: “Adjunto sírvase encontrar para su información la hoja de reporte de los primeros 30 pacientes probados en la penitenciaría. Esta mañana tomamos muestras de sangre de 60 pacientes nuevos, incluyendo la repetición para aquellos que reaccionaron positivo el 7 de noviembre.”<sup>49</sup>

Los registros detallan los casos de 70 soldados que presentaban infecciones o indicios de enfermedades venéreas, los cuales se manifestaron siempre, según los documentos, después del o los últimos “contactos sexuales confesados” o admitidos por los mismos pacientes.

Los contactos sexuales confesados o admitidos tuvieron como lugares comunes los prostíbulos y habitaciones ubicados entre la 8ª a la 20 Calle y de la 1ª a la 15 avenida de la zona 1, área conocida *La Línea*, por referencia a la línea del ferrocarril. El único prostíbulo identificado en el sector se denominaba “Hawai”. Además se registran contactos con mujeres “de nombre desconocido” y en un caso identifica como “mujer de ocasión”. Otros lugares donde también se realizaron los contactos sexuales, quedaron señalados como la tribuna del Campo de Marte, el Callejón del Castillo de San José y el Callejón El Porvenir; las fechas anotadas en el libro de control de pacientes militares, van del 24 de junio al 27 de diciembre de 1948.

#### **4. Criterios de selección de lugares y pacientes**

“Las consideraciones médicas dictaron la elección de pacientes con varios hallazgos serológicos y con historia previa de sífilis. Las consideraciones de custodia en tanto que los pacientes pueden ser liberados antes de la terminación de la observación... Un particular comportamiento problemático u homosexual, fueron importantes.”<sup>50</sup>

“En el Asilo el cuarto disponible para el trabajo era pequeño. El grupo seleccionado para usar fue reunido por los empleados del hospital y puestos en línea mientras sus nombres eran registrados. En algún experimento se involucró la aplicación de material en el pene.

---

<sup>49</sup> GT-AGCA-JCC-2002. Correspondencia.

<sup>50</sup> GT-AGCA-JCC-S004-002.

“En general, los experimentos fueron hechos sobre grandes grupos de individuos a un tiempo. Los días para la inoculación fueron escogidos para coincidir con libertad de actividades de la institución. Se intentó llevar adelante las actividades del Asilo de Alienados en domingos o días de fiesta por la mañana y temprano en las tardes, justamente después de los servicios de la iglesia y antes del inicio de horas de visita.”<sup>51</sup>

Los criterios empleados para la elección de las prostitutas se explicación así: “Se pensó que las prostitutas sirviendo en la Penitenciaría podrían proveer una significativa cantidad de información deseada. Este grupo, en lo más bajo de la escala social de las prostitutas legales y el más frecuentemente infectado con sífilis y gonorrea era permitido, después del descubrimiento de gonorrea o infecciones con sífilis de continuar yendo a prisión donde eran pagadas para ofrecer sus servicios a cada huésped que deseara utilizarla y pagara el costo, él mismo.

“Estos voluntarios podrían servir como controles y podrían ser observados tan largo tiempo como para determinar la infestación o debilidad del resultado de la infección de la exposición conocida a una mujer infectada.”<sup>52</sup>

## **5. Los métodos empleados en la experimentación**

Los métodos utilizados fueron:

- Aplicación local en la membrana mucosa del pene
- Aplicación local abrasiva en la membrana mucosa del pene
- Inyecciones intracutáneas y subcutáneas
- Inyecciones submucosales en pene
- Vacunación múltiple en piel, delta o glande del pene
- Inoculación intra cisternal
- Inoculación intravenosa
- Beber el inóculo (material extraído de seres humanos o de conejos contagiados).<sup>53</sup>

Las inoculaciones practicadas en la prisión y en el asilo “difieren a causa de las condiciones de trabajo y factores que involucran el manejo de pacientes. En la prisión el único método

---

<sup>51</sup> GT-AGCA-JCC-S004-002.

<sup>52</sup> GT-AGCA-JCC-S004-002. Informe General. Dr. John C. Cutler

<sup>53</sup> GT-AGCA-JCC-S004-007. Traducción libre.

usado fueron inyecciones intracutáneas, las cuales podían o no ser seguidas por terapia abortiva de penicilina.<sup>54</sup>

El 21 de julio de 1947, R. C. Arnold, cirujano principal del USPHS manifestó a Cutler que “para el tipo de trabajo experimental que tenemos en mente, la inoculación subcutánea no es satisfactoria. En el próximo experimento estaría bien seleccionar sujetos con prepucio largo para que las membranas mucosas estén húmedas. La gasilla de algodón completamente saturada debería ser colocada cerca del frenillo debajo del prepucio y humedecida o reemplazada al menos cada quince minutos durante el tiempo de exposición, que es de una hora. El método utilizando abrasiones menores puede ser tratada al mismo tiempo.<sup>55</sup>

A través de correspondencia Cutler mantenía actualizado a Mahoney sobre el avance de los estudios: “Con respecto a la sífilis hemos completado los arreglos para exposición normal en la Penitenciaría, llevando a cabo sin mención de nuestras técnicas, nuestras fuentes de infección están aseguradas y se inocularán con material humano en 2 o 3 días.<sup>56</sup>

A los pacientes del Asilo de Alienados se les inoculó a través de varios métodos. Utilizaron inyecciones intracutáneas en brazos, antebrazos y pene; escarificaciones y aplicaciones locales en brazos, antebrazos y pene y vacunaciones.



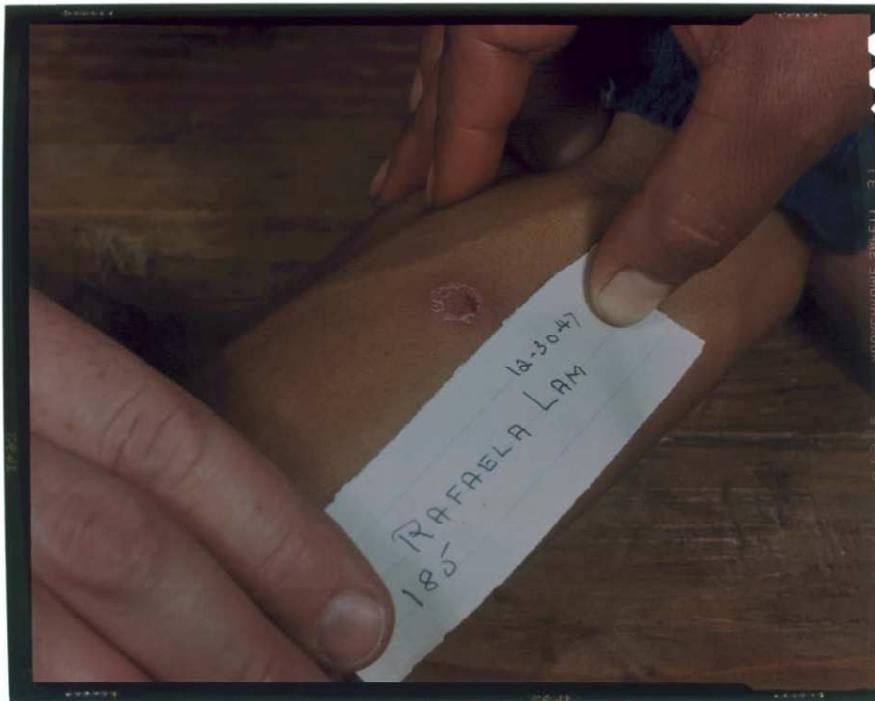
Paciente inoculada con el método de vacunación el 31.01.1948. Fuente: Fondo John C. Cutler.

<sup>54</sup> GT-AGCA-JCC-S004. Traducción libre.

<sup>55</sup> GT-AGCA-JCC-S002. Correspondencia.

<sup>56</sup> GT-AGCA-JCC-S002. Correspondencia.

*Método: cada sujeto después de examinar los genitales es preparado lavando cuidadosamente con agua destilada las glándulas y prepucio, una pequeña tira de algodón es colocada en frenillo regresando el prepucio a su lugar, en casos donde no es posible mantener firmemente la tira se usa adhesivo. Ninguno de los sujetos estaba circuncidado. Los algodones son mojados con el material testicular del conejo cada 15 minutos, para un total de 4 aplicaciones. Adicional a la aplicación tópica 7 sujetos reciben inyecciones subcutáneas de 0.1cc del mismo material. Las inyecciones son aplicadas en la parte del antebrazo derecho después de la primera aplicación tópica del pene. Una hora después de la primera aplicación tópica la tira de algodón es retirada del frenillo. Los pacientes son observados para que no se laven o realicen alguna limpieza.<sup>57</sup>*



Paciente inoculada a través de inyección el 30.11.1947. Fuente: Fondo John C. Cutler.

---

<sup>57</sup> GT-AGCA-JCC-S006-0003. Descripción de Procedimientos.

En los casos de las escarificaciones y aplicaciones locales, los tiempos de aplicación oscilaron entre una y tres horas, llegándose incluso a aplicar seis veces el material contaminado, con intervalos de 20 y 30 minutos.

La información sobre pacientes del Asilo de Alienados, registra que en la mayoría de los casos utilizaron las inyecciones intracutáneas, con material humano y de conejo, en brazos o antebrazos. Otro método utilizado con frecuencia fue la vacunación consistente en material mantenido en contacto con la piel por 1 o 2 horas y media como máximo. En algunos se aplicaba profilaxia durante 2 minutos, en promedio.



Paciente inoculado mediante escarificación y aplicación local en pene el 19.05.1948. Fuente: Fondo John C. Cutler.

En los archivos referidos a la Penitenciaría Central, se registra los exámenes físicos practicados a los pacientes, previa la inoculación de los diferentes materiales usados. Revelan que la mayoría, si bien en algún momento había padecido alguna enfermedad o presentaba evidencia de la misma, en general estaba en condiciones normales, es decir era presumiblemente personas sanas.

En el caso de los experimentos con gonorrea realizados en soldados se utilizó “contactos sexuales confesados y contactos sexuales supervisados”. El personal militar que resultaba infectado tras las inoculaciones se convirtió en donador de material para los siguientes experimentos. Así sucedió ininterrumpidamente mientras duraron las pruebas entre los soldados y algunas mujeres que fueron intensamente utilizadas como receptoras y transmisoras de gonorrea.

Los procedimientos utilizados en la inoculación de gonorrea a elementos castrenses se ejemplifican con el experimento No. 21, del 18 de septiembre de 1947.

*Donadores: Santos Maldonado – de la Base Militar y R. de León – de la Guardia de Honor. Las muestras fueron tomadas de la uretra del donador, y el material fue aspirado dentro de la una jeringa tuberculina de 1cc mojada con Proteose Peptone #3 broth. Dentro de 7 minutos de haber tomado la muestra todos los pacientes habían sido inoculados. La inoculación preparada consistió en la deposición de .02cc de material dentro de la fosa navicular de la uretra. Con un hisopo mojado con Proteose Peptone #3 el material fue cuidadosamente aplicado en las paredes de la fosa, cuidando no llevar material profundo dentro de la uretra. Todos los pacientes orinaron una hora después de la inoculación. Estos pacientes se aplicaron profilaxia por ellos mismos inmediatamente después de orinar. Con cuidado fue tomado en cada caso algo de material dentro de la uretra. La preparación fue hecha usando una ampolla de la Parke Davis preparado con 60cc de agua.<sup>58</sup>*

En el experimento anterior fue utilizada además Rosa Estrada de Lara inoculada con pus de Santos Maldonado y R. de León, los dos pacientes que fueron utilizados para el experimento en el Hospital Militar el 18 de septiembre. El pus fue puesto en un hisopo y a la media hora después de tomado el pus de los donadores la muestra fue aplicada al cuello del útero.<sup>59</sup>

Las enfermedades detectadas entre los militares que tuvieron *contactos sexuales confesados* fueron: chancro blando, chancro, gonorrea, sífilis primaria, uretritis, linfogranuloma venéreo, blenorragia, sarcoptiosis, sarcoptiosis infectada, herpes del miembro y papiloma.

### **Profilaxia y tratamientos**

El medicamento utilizado en los pacientes del Asilo de Alienados y la Penitenciaría Central fue Penicilina G Cristalina. Varió la dosis, la mezcla acuosa o solución y el tiempo de admi-

---

<sup>58</sup> GT-AGCA-JCC-S008-0001. Registros de estudios con militares.

<sup>59</sup> GT-AGCA-JCC-S008-0001

nistración luego de las inoculaciones. Las variaciones eran parte de los procedimientos a prueba.

En los experimentos de sífilis en los soldados, se utilizó como tratamiento básicamente Sulfatiazol vía oral y aplicación local en el pene. La dosis prescrita regular consistió en 1 gramo de Sulfatiazol 4 veces al día o 1 gramo de Sulfatiazol al día durante 8 días y aplicaciones locales. En muy pocas ocasiones se prescribió además de la sulfa 50 mil unidades de Penicilina en solución acuosa cada cuatro horas.

Para los pacientes de los experimentos con gonorrea, la profilaxia se realizó con tres tipos de medicamentos, el PRO KIT, traído especialmente para tratar personal militar, Argyrol y la llamada fórmula del Dr. Arnold.

Ante una petición de Constantino Álvarez, jefe de la Sección de Enfermedades Infecto Contagiosas de Sanidad Pública, sobre el tratamiento para la sífilis, John Cutler le informó que la administración correcta de penicilina tenía resultados positivos en todas las variantes de esa enfermedad y que era superior a la arsenoterapia. Sin embargo le advertía que los costos se incrementarían, porque la penicilina era más cara que el arsénico y el bismuto; además, que su uso profiláctico requería de hospitalización para una minuciosa observación serológica posterior. Por ello consideraba que si los fondos para el Programa Antivenéreo eran limitados, debía emplearse la arsenoterapia. Cutler finalizaba su explicación indicándole que en la ciudad de Guatemala podría utilizarse satisfactoriamente la penicilina en cera de abeja y aceite de maní; que esa solución evitaría los costos de hospitalización.<sup>60</sup>

---

<sup>60</sup> GT-AGCA-JCC-S002. Correspondencia.

## Capítulo III

### “MATERIAL HUMANO”

Los documentos del Fondo John C. Cutler registran un total de 3,780 nombres de pacientes. Los referidos como inoculados con los métodos descritos en el capítulo anterior, son 1,160. Estos pacientes se dividen en: 424 internos del Asilo de Alienados u Hospital Neuropsiquiátrico, 205 reos de la Penitenciaría Central, 524 soldados del Ejército de Guatemala y 7 prostitutas registradas por el Hospital de Profilaxia Sexual.

#### 1. Pacientes del Asilo de Alienados

Los pacientes del Asilo de Alienados sometidos a experimentos con sífilis y gonorrea constituyen un grupo de 424 personas, hombres y mujeres. Sus fichas médicas de control dan a conocer los experimentos a los que fueron sometidos, los síntomas presentados durante la evolución de la enfermedad y el tratamiento dado por los médicos responsables, estadounidenses y guatemaltecos.

Por ejemplo, en junio de 1945 ingresó al Asilo de Alienados José Luís Ramírez Samayoa y falleció en noviembre de 1947. Un memorando sin fecha y sin firma, que contiene un informe del examen de tejidos en la autopsia del referido paciente, fue remitido al Dr. Surgeon John C. Cutler de la OSP.<sup>61</sup> No aparecen datos sobre el padecimiento del paciente, tampoco sobre el tipo de tratamiento que le aplicaron. Sin embargo se deduce que José Luís Ramírez Samayoa estuvo sometido a investigaciones sobre enfermedades de transmisión sexual. Hay evidencia que pacientes que no padecían de enfermedades venéreas, fueron sometidos a las investigaciones en el Centro de Adiestramiento e Investigaciones de las ETS<sup>62</sup>.

Según la correspondencia entre los médicos estadounidenses, los materiales extraídos de los cadáveres a través de las autopsias fueron enviados para su estudio a los Estados Unidos. Eso se consigna en una nota del 30 de diciembre de 1947. “El material de la autopsia será enviado al Dr. Lillie tan pronto como las condiciones climáticas lo permi-

---

<sup>61</sup> AGCA, Fondo Documental de Salud Pública, memorandum enviado al Dr. Surgeon John C. Cutler, sin fecha, 23238, DSC04432.

<sup>62</sup> AGCA, fondo Salud Pública, ficha de registro de exámenes del Laboratorio Serológico del Centro de Adiestramiento e Investigaciones de las Enfermedades Venéreas, de la Oficina Sanitaria Panamericana., sin fecha. 24127, DSC04110.

tan. El material de la autopsia del segundo paciente fue recibido pero el contenedor no venía identificado con ningún nombre. Por favor envíenos el nombre.”<sup>63</sup>

La mayoría de las víctimas son mujeres, entre ellas varias jóvenes, incluso una menor de 15 años. Las otras mujeres tenían entre 20 y 40 años. Un caso que evidencia la posible utilización de ancianos, es la paciente identificada con el número 184 (Susana Hernández), a quien se le practicó el experimento No. 9. Según los registros fue trasladada al Asilo de Ancianos, donde supuestamente murió el 22 de marzo de 1948.

De acuerdo a las fichas médicas de registro y control de la evolución de los experimentos, muchas de estas personas, además de problemas mentales, padecían enfermedades como tuberculosis en diferentes fases, y epilepsia.

Dentro de los registros procedentes del Dr. Cutler fueron encontrados nombres que coinciden con los que aparecen en una lista del fondo de Salud Pública del Archivo General de Centro América (AGCA). Éstos estaban identificados como “Enfermos tratados por los médicos americanos, 20 Nov. 1947. Dr. John Cuttler”.<sup>64</sup>

La lista parcial de pacientes del Asilo de Alienados constituye una evidencia de la práctica de experimentos que los médicos estadounidenses realizaron con enfermos mentales recluidos en dicho centro asistencial. Otra evidencia de los experimentos en el Asilo es una nota de Cutler del 4 de diciembre de 1947 a R.C. Arnold:

*El pasado domingo 30 de noviembre, realizamos otra serie de experimentos que podrían dar respuesta a algunas de las interrogantes que usted mencionó en su carta del 17 de noviembre. Estamos observando a los pacientes con sumo cuidado. Como usted y el Dr. Mahoney solicitaron, se estarán tomando muestras de sangre semanalmente de todos los pacientes posterior a la inoculación, durante el tratamiento e incluso en la etapa sero-negativa.*<sup>65</sup>

## **Caso ilustrativo**

### ***Venancio Oliva Prado***

Venancio Oliva Prado paciente del Asilo de Alienados, cuyo nombre aparece en los documentos del AGCA, en el legajo 24220, del fondo de Salud Pública, tuvo en la historia de los experimentos el siguiente recorrido: identificado con el número correlativo 134 en la serie S015, con el registro de paciente 211. Fue sometido a la práctica de cuatro experimentos, enumerados 1, 8, 11 y 15. Los experimentos, fechas y métodos empleados se resumen así:

---

<sup>63</sup> GT-AGCA-JCC-S002. Correspondencia, traducción libre.

<sup>64</sup> AGCA, Fondo Documental Salud Pública, lista de mujeres tratadas por médicos americanos, 20.11.1947. Imagen DSC03022.

<sup>65</sup> GT-AGCA-JCC-S002. Correspondencia.

- 13.05.1947, aplicación local, 4 aplicaciones entre 9:14 y 9:54, paño removido a las 10:13. Profilaxia de 10:23 a 10:25.
- 21.09.1947, escarificación en el dorso del pene, abajo del surco coronario, 4 aplicaciones entre 5:02 y 5:34, total 0.30cc. Después de 2 horas de exposición, profilaxia por 2 minutos, 60ml.
- 31.01.1948, escarificación del dorso del pene con material humano; 4 aplicaciones entre 3:30 y 5:01, total 0.30cc. Paño removido después de 2 horas de exposición (usado en exp. 8).
- 04.07.1948, inyección intracutánea en el antebrazo izquierdo, 0.1cc.
- 09.12.1949, no evidencia clínica de sífilis.



Venancio Oliva Prado, paciente del Asilo de Alienados. Fuente: Fondo John C. Cutler.

*ESTUDIO DE INOCULACION CON GONORREA EN EL ASILO DE ALIENADOS. JUNIO 7, 1948*

*Venancio Oliva Prado: profusa descarga uretral purulenta.*

*ELISA CABALLEROS fue inoculada exactamente de la misma manera como las demás mujeres con material de VENANCIO OLIVA PRADO, y SANTOS ESTEBAN fue también inoculado igual.*<sup>66</sup>

En la misma serie, en una fecha posterior nuevamente se registró el nombre de Venancio Oliva Prado en el marco de otro experimento en el que fue donador de material infectado.

*No. 31. 28 y 29 de Junio, 1948. Todos los pacientes vinieron de la BASE MILITAR de la SEGUNDA COMPAÑÍA DE FUSILEROS. La muestra fue tomada a las 7:10 PM. El otro donador, RAUL MORALES, fue inoculado con una cepa sulfa resistente tomada de VENANCIO OLIVA PRADO del Asilo de Alienados el día 26. La muestra tomada de RAUL MORALES fue a las 7:20 PM. Las dos muestras fueron mezcladas para el uso de la inoculación. Para esta inoculación se usaron hisopos mojados con PP #3 y el mismo hisopo para todos se usó cada noche. Por medio de una aguja 24, una gota de pus fue dejada en el hisopo, después cuidadosamente fue aplicada a la fosa navicular del miembro con mucho cuidado de no entrar profundamente en la uretra. Este método es el mismo que el que se usó para todas las inoculaciones de este tipo anteriormente.*<sup>67</sup>

Más adelante, vuelve a aparecer el nombre de Venancio Oliva Prado, en un experimento en el que también se constituyó como donador de pus infectada para inocular a otros pacientes.

*No. 17, 2 de agosto, 1948. Asilo de Alienados*

*Donador – Venancio Oliva Prado. Recipiente: Cipriano Fajardo Brito*

*Como siempre el pus fue tomado del donador con hisopo pequeño mojado con PP#3 Broth. El recipiente tuvo una gota de sustancia mucoide al meato que fue tomado para cultivo. Entonces el hisopo con pus fue puesto ½ pulgada en la uretra y cuidadosamente aplicado.*<sup>68</sup>

El 23 de agosto el nombre de Oliva Prado, figura nuevamente como donador de material infectado:

*23 de agosto 1948. Asilo de Alienados*

*Donador: Venancio Oliva Prado. Recipiente: Berta Reyes Palma*

---

<sup>66</sup> GT-AGCA-JCC-S008. Registro de estudios con militares.

<sup>67</sup> Ibid.

<sup>68</sup> Ibid..

*Como fue usual la pus fue tomada del donador con un hisopo mojado con PP#3 y la aplicación a la recipiente fue hecho dentro de 10 minutos de haber tomado la muestra. La pus fue cuidadosamente aplicado dentro de la uretra y del recto.<sup>69</sup>*

## **2. Reos de la Penitenciaría Central**

Los pacientes de la Penitenciaría Central utilizados como sujetos de experimentación con inoculaciones de sífilis, gonorrea y chancro, fueron, según los registros médicos, 205. En las fichas médicas de control se anotaba el número de experimento al que era sometido, siendo incluso más de un tipo el que se practicaba sobre una misma persona.

Una nota de Cutler fechada 4 de diciembre de 1947 indicaba: *Consideramos nuestro trabajo futuro sobre sífilis latente y estamos desde ya preparando un grupo grande de tratamiento en la penitenciaría, seleccionando a varones que estarán en prisión durante los próximos cinco a diez años.*<sup>70</sup>

Los nombres de los pacientes quedaron registrados en estas fichas de control, incluyéndose algunos de mujeres que presumiblemente eran prostitutas utilizadas también para esos fines. Además utilizaron guardias de la penitenciaría, a quienes se les inoculó con los materiales de ensayo. En muchos de casos fueron registradas las edades, la etnia (“raza”), ladino o indígena, el estado civil, la ocupación y a veces el lugar de origen.

Los documentos registran la existencia de varios grupos, unos numerados del 1 al 3 y otros denominados A, B y C, los cuales se presume, eran diferentes. En total fueron seis grupos inoculados en diferentes fechas, respondiendo a diversos experimentos.

En las fichas médicas hubo registros que se fecharon en 1952, cuatro años después de la última fecha de experimentos. Por las iniciales al final de los mismos (jcc) se presume que corresponden a John C. Cutler.

A personas enfermas les fue inoculada la cepa de otra enfermedad peligrosa como la sífilis o la gonorrea. Algunas mujeres fueron inducidas a mantener contacto sexual con algunos de los prisioneros previamente inoculados con la sepa de la sífilis o la gonorrea. Se comprueba que se mantenía control sobre los contactos sexuales, y se daba tratamiento, pero solo a los hombres, quienes estaban bajo observación. No hay evidencia de que las mujeres infectadas hayan recibido algún tratamiento.

En la misma nota en la cual Cutler se refería al espacio inadecuado de trabajo en la cárcel, también manifestaba:

---

<sup>69</sup> GT-AGCA-JCC-S008. Registro de estudios con militares.

<sup>70</sup> GT-AGCA-JCC-S002. Correspondencia.

*Hemos estado utilizando el dispensario para todas nuestras actividades, pero estorbamos continuamente a los médicos y enfermeras que efectúan su trabajo rutinario con los presos. Ellos han sido más que cooperativos por lo que no hemos tenido dificultades.*

*El otro día, en una conferencia con el Coronel, el Dr. Spoto sugirió que nosotros podríamos aportar los fondos para construir un pequeño salón para oficina a la par de las instalaciones que están siendo construidas para que sea usada por las prostitutas que visitan la prisión a fin de que tengan un espacio adecuado para tener los exámenes físicos y realizar todo el trabajo profiláctico.*

*El costo de dicha edificación sería de alrededor de \$600 y podría construirse rápidamente como parte de su programa de construcción. Si hemos de trabajar satisfactoriamente en la prisión, creemos que necesitamos este espacio y tan pronto como usted lo apruebe daremos la autorización para que lo hagan.<sup>71</sup>*

El 22 de mayo de 1947, en una nota dirigida a Mahoney, Cutler escribió:

*Vi al paciente un día mientras efectuaba una descarga uretral que estaba acompañada de ardor al orinar. Sucedió que este paciente en particular era el **preso-secretario del hospital de la penitenciaría que había tenido contacto con una de las mujeres que pensamos no estaba infectada**. No pude más que reírme de la ironía de la situación. Después de intentar por semanas producir infección, la obtuvimos del último hombre que hubiéramos pensado en infectar.*

*Al no tener un plato de cultivo en el momento en que la descarga espesa y grisácea fue vista por vez primera, se efectuó la citología. El examen mostró un organismo intracelular gram negativo que la Srita. Walker dudó en describir, sin embargo, le llamó un diplobacilo. Inmediatamente al hallar este organismo regresamos a la penitenciaría e inoculamos platos de cultivo. **En ese momento le pedimos al paciente no tomar sulfa ni penicilina, a la que desafortunadamente tenía acceso**. El nos dio su palabra pero en vista del hecho que el próximo día la descarga y los síntomas habían desaparecido, me temo que él se auto medicó.*

*Un día después de la observación del paciente pudimos llamar a la mujer para que llegara a la clínica del Dr. Funes para observación y cultivo. El mismo organismo que se observó en la citología cervical por consiguiente efectuamos cultivos.<sup>72</sup>*

Es decir que el control sobre los infectados no era eficiente y, por lo tanto, personas infectadas eran tomadas como sanas, lo que significa que muchas más, en este caso hombres,

---

<sup>71</sup> GT-AGCA-JCC-S002. Correspondencia.

<sup>72</sup> Ibid.

podrían haber sido infectados al mantener contactos sexuales con mujeres que se consideraban no infectadas, y también mujeres que no estuvieran infectadas al mantener contactos sexuales con hombres infectados que ignoraban estarlo.

### **Registros de reos en documentos de la Guardia Civil**

En los documentos que forman el acervo del Archivo Histórico de la Policía Nacional, existen registros que la Guardia Civil poseía de los ciudadanos infractores. Éstos han permitido establecer comparativamente muchos de los nombres de los reos que fueron utilizados como sujetos de experimento en 1947 y 1948.

La Guardia Civil también contaba con registros denominados “Libros de Reos”, en los que se anotaba la fecha de ingreso y los delitos por los que se les había consignado.

Existe registro de algunos de los nombres coincidentes en los documentos del Fondo Cutler y los documentos de la Guardia Civil, del Archivo Histórico de la Policía Nacional. Además de reos, la Guardia Civil llevaba registro de prostitutas. A las prostitutas en aquellos años se les denominaba “Pupilas Matriculadas” en algunos registros de los documentos del Fondo Cutler se les abrevia P.M.

Se sabe que en algunos casos los reos de la Penitenciaría Central fueron remitidos por varias razones al Asilo de Alienados para ser tratados. Por ello aparecen registrados bajo tal procedencia, aunque fueran en primera instancia reos. El caso de Manuel Aquijay, que se describe en este capítulo, ilustra el movimiento de las personas dentro de las entidades públicas dedicadas a la asistencia de salud y al control de infractores de la ley.

#### **Caso ilustrativo**

##### ***Manuel Aquijay***

El nombre de Manuel Aquijay aparece registrado en la serie S015, ficha médica número 155, en la serie S013, en la *lista alfabética listado de Asilo de Alienados Hombres* con el No.155 y en la serie S006, en el contexto del experimento con inmuno suero No. 6.

En la serie S015, su registro se detalla así:

- *31.08.1947, superficie intacta del pene, 6 aplicaciones entre las 3:24 y 4:59 p.m. Paño removido a las 5:24.*

- 04.11.1947, 1cc (300,000u) cada 12 horas por 20 horas, igual a 6.000,000 unidades de Penicilina en aceite y cera Squibb.
- 26.08.1948, paciente en el presente en la Penitenciaría. No evidencia clínica e sífilis.
- 07.12.1949, libre.

En los documentos del Archivo General de Centro América (AGCA), Manuel Aquijay se registró en una lista de nombres de pacientes de los médicos estadounidenses, ya citada. Entre los documentos del Fondo de Salud Pública del AGCA, pertenecientes al Hospital Neuropsiquiátrico, se encontró un expediente clínico<sup>73</sup> constituido por 21 documentos relacionados a Manuel Aquijay.

En el Archivo Histórico de la Policía Nacional, entre las Fichas de la Guardia Civil<sup>74</sup> se registró que fue ingresado por el delito de homicidio, con la orden de custodiarlo en el primer semestre de 1946. En los registros médicos Aquijay aparece como paciente del Asilo de Alienados con el indicativo de ser un *reo*.

### **3. Soldados de la Guardia de Honor y Base Militar**

En el caso de los soldados sometidos a experimentos, sus registros constan en libros de pacientes de la Guardia de Honor y libros de registro de laboratorios de pacientes de todas las procedencias. Se consignan los casos específicos y detallados de 70 soldados que presentaban infecciones o indicios de enfermedades venéreas, los cuales se manifestaron después del último contacto sexual, admitido por los mismos pacientes. También aparecen otras listas de nombres con algunas enfermedades, como sífilis, gonorrea, chancro, linfogranuloma venéreo, sarcoptiosis y herpes.

Además de las inoculaciones, se dieron contactos sexuales supervisados por los médicos responsables de los experimentos y por personal del Hospital Militar, quienes registraron detalladamente las fechas, horarios y nombres de las mujeres dedicadas a la prostitución utilizadas. En los registros de laboratorio se incluyen nombres de pacientes procedentes de varias dependencias, incluyendo el Hospital de Profilaxia, Hospital Militar, Asilo de Alienados, Penitenciaría, Dispensario Municipal # 3, Guardia de Honor, entre los militares se identifican integrantes de la Plana Mayor de Artillería, Motorizada, Ametralladora, Unidad de Tanques, Batería 105 y Batería 37.

Se registraron los nombres de 524 pacientes sometidos a inoculaciones y a contactos sexuales supervisados, así como “contactos sexuales confesados”. Muchos de ellos

---

<sup>73</sup> AGCA Fondo de Salud Pública, legajo 24120.

<sup>74</sup> AHPN 34520.

fueron sometidos a las tres formas de contagio. Se registraron datos de laboratorio de nueve meses de experimentación.

En una nota fechada 20 de septiembre de 1947, Cutler hacía la crónica del día a Mahoney:

*A las 7 de la mañana de hoy, justo después de volver de mi visita al próximo grupo de estudio de gonorrea en la Base Militar y depositar el último informe en el APO, por razones de seguridad, pude ver con Sacha a los 130 pacientes en los que estamos efectuando los estudios de sífilis. Esta fue una experiencia emocionante. Todas las mujeres que fueron inoculadas con presión múltiple (técnica de viruela) y recibieron la profilaxis, no mostraron evidencia de infección en contraste con el grupo de control en el que todas manifestaron evidencia física de la misma.*

*La mayoría de varones a quienes se les efectuó abrasiones superficiales de 2x2mm en el pene y la aplicación de material, mostró una pápula o ulceración (Darkfield negativa), mientras que aquellos que fueron expuestos y sometidos a la profilaxis no mostraron nada. Salimos de entre el grupo con un sentimiento de emoción por lo que parecía ser un método de prueba. Luego de ellos, el personal planificó realizar el método el domingo junto con otras técnicas, con el sentimiento de tener esperanzas de éxito.*

*Poco después efectuamos coordinaciones para llevar a las chicas inoculadas, las primeras de las cuales empezaron a mostrar evidencia serológica de sífilis, e iniciar estudios sobre transmisión por la vía normal. Sentimos que por fin estábamos llegando a alguna parte.<sup>75</sup>*

El 23 de octubre de 1948, en uno de los textos de Cutler se consignaba:

*131 pacientes del Regimiento Motomecanizado de la Guardia de Honor fueron usados como sujetos. En el brazo derecho e izquierdo, áreas externas y en el área izquierda supraescapular un raspado de ½" fue hecho con una aguja hipodérmica medida 20. El raspado fue hecho suficientemente profundo como para obtener sangre. El raspado en el brazo derecho fue realizado por el **Dr. Carlos Tejeda** y el brazo izquierdo por el **Dr. Sacha Levitan** y la inoculación del hombro para control por el **Dr. Raúl Maza**.<sup>76</sup>*

---

<sup>75</sup> GT-AGCA-JCC-S002. Correspondencia.

<sup>76</sup> GT-AGCA-JCC S004-0015. 23.10.1948, Resumen en borrador, Dr. John C. Cutler

#### 4. Mujeres del Hospital de Profilaxia Sexual

Los nombres de los pacientes del Hospital de Profilaxia Sexual quedaron registrados en los libros de laboratorio que detallan los exámenes realizados a los sujetos involucrados e involucradas en los experimentos, que padecían de enfermedades venéreas. Entre los nombres de las personas referidas por ese hospital, se encuentran los de las mujeres utilizadas en los experimentos.

En la década de 1930 las mujeres que se dedicaban a la prostitución clandestina eran consignadas al Juzgado de Tolerancia, dependencia de la Dirección de Sanidad al que eran “conducidas todas las mujeres capturadas por ejercer la prostitución clandestina, y a quienes se juzga en razón de la reincidencia y demás circunstancias, ordenándose los exámenes de rigor para evitar la propagación de enfermedades venéreas”.<sup>77</sup>

La utilización de estas mujeres a través de diversas maneras, es decir, inoculadas, infectadas, como medio de contagio o transmisión de enfermedades venéreas, sífilis, gonorrea, chancro, se evidenció de manera particular y de forma intensiva en los experimentos con personal militar. Los nombres de estas mujeres, denominadas “pupilas”, quedaron reiteradamente registrados en los libros de control médico de los pacientes de la Guardia de Honor y de la Base Militar, así como en algunos casos en los registros de la Penitenciaría Central, aunque en mínima cantidad.

El número de nombres de mujeres registrados en los documentos vinculados directamente a los militares en los experimentos de gonorrea, es relativamente escaso comparado con el número de hombres. Ellas sufrieron la recurrente exposición al contagio por contacto sexual, además de las inoculaciones a través de inyecciones, escarificaciones y aplicaciones locales, sin descartar la exposición directa a los materiales procedentes de hombres infectados, que fueron colocados en sus úteros.

Los nombres de algunas de estas mujeres que fueron objeto de experimento, registrados en los documentos que hacen referencia directa a los soldados, son: María Luisa Juárez (M.L.J.), Ana María Rodríguez (A.M.R.), Margarita Zamora (M.Z.), Marta Hernández, Rosa Estrada, Jesús Ortiz (J.O.) e Imelda Cruz (I.C.).

Con Imelda Cruz y Jesús Ortiz, el procedimiento fue inducir hasta 17 contactos sexuales diarios con diferentes elementos de la Guardia de Honor, durante los días 18 y 19 de noviembre de 1947. Se indujo también que un hombre tuviera tres contactos sexuales con diferentes mujeres en un término no mayor de una hora.

---

<sup>77</sup> Memoria de la Secretaría de Gobernación Justicia año 1933. Registro 3454

# Capítulo IV

## LOS RESPONSABLES

### 1. Nombres y cargos

En los documentos investigados, además de las fichas de registro de pacientes, existe correspondencia del Dr. Cutler que pone en evidencia el nombre de médicos estadounidenses y guatemaltecos que participaron en las prácticas de los experimentos con seres humanos en Guatemala en 1947 y 1948. Quienes aparecen en el siguiente cuadro, están mencionados en la correspondencia y existen fundamentos para establecer que tuvieron conocimiento y estuvieron involucrados en los experimentos.

**Cuadro V**

**Nombres y cargos de médicos responsables de los experimentos**

No.	Nombre	Cargo
1	Hugh H. Cummings	Jefe de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, Estados Unidos
2	R. C. Arnold	Cirujano Mayor del Servicio Público de Salud de Estados Unidos (USPHS).
3	John F. Mahoney	Director Médico del Servicio Público de Salud de Estados Unidos (USPHS). Director del Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas (VDRL), Staten Island. Hospital de Infantería de Marina de Estados Unidos.
4	John C. Cutler	Cirujano del Servicio Público de Salud de Estados Unidos. En Guatemala Jefe del Centro de Adiestramiento e Investigación de Enfermedades Venéreas.
5	Sacha Levitan	Médico de la Oficina Sanitaria Panamericana
6	Joseph S. Spoto	Jefe del Sector Caribe de la Oficina Sanitaria Panamericana.
7	John H. Murdoc	Director Asistente, Oficina Sanitaria Panamericana.
8	William J. McAnally, Jr.	Jefe Sector Caribe de la Oficina Sanitaria Panamericana.
9	Fred L. Soper	Director Oficina Sanitaria panamericana, Washington, D.C.
10	Genevieve Stout	Directora del Centro de Adiestramiento e Investigación de Enfermedades Venéreas, Guatemala

11	Luis Galich	Director de Sanidad Pública de Guatemala
12	Guillermo Balz	Director General de Asistencia Social
13	Carlos Tejeda	Médico del Hospital Militar Ejército de Guatemala
14	Raúl Maza	Capitán en el Hospital Médico y Oficial Médico de la Guardia de Honor
15	Juan M. Funes,	Médico Jefe del Centro de tratamiento rápido contra enfermedades venéreas en Guatemala
16	Miguel F. Molina	Director del Asilo de Alienados/Hospital Neuropsiquiátrico
17	Antonio Román Duran	Asesor Técnico del Hospital Neuropsiquiátrico
18	Carlos Salvadó	Asistente en jefe del Hospital Mental
19	Julio Salvadó	Médico MD del Asilo Mental
20	Rolando Funes	Serólogo

Fuente: Con base en los Fondos de Salud Pública del AGCA y John C. Cutler.

Una nota del 21 de agosto de 1946 de Cutler a R. C. Arnold, expresaba:

*Ya estamos bien establecidos luego de haber llegado hace dos noches aproximadamente a las 3:30. El Dr. Funes hizo los arreglos necesarios para que nos fuéramos directo a una pensión que cobra \$8 por día donde tenemos alojamiento y alimentación en el vecindario más lujoso, en la residencia de una familia que en un tiempo fue muy rica pero que ahora no cuentan con el favor político... Ya hemos visto el Hospital del Dr. Funes, que está a lleno completo y tiene al menos veinte varones nativos que están siendo estudiados por el grupo de oncocerciasis. Quedé muy impresionado ya que él está haciendo su mejor esfuerzo para administrarlo de la manera que aprendió en los Estados Unidos.<sup>78</sup>*

La nota anterior, además, que:

*El Dr. Spoto me ha presentado muchas autoridades del Servicio de Salud Pública de Guatemala. Y con los Jefes del Grupo Militar que trabajarán también, nuestro programa ha sido diseñado para ellos, y se han hecho acuerdos. Los hombres del programa de V.D. y el cirujano General del Ejército se les ha pedido si podemos hacer allí un programa de entrenamiento. En el Hospital Militar.*

*Hay una copia adjunta del programa que va a ser firmada por el Ministro de Salud, Guerra y Gobernación. La prisión trabaja bajo del mando de la última entidad*

<sup>78</sup> GT-AGCA-JCC-S002. Correspondencia.

*mencionada. Para que nos faciliten el trabajo en ese lugar el doctor Spoto cree que es necesario ofrecer unos programas de tratamiento, en el Hospital Militar y en la prisión vamos a tener excelentes instalaciones para hacer seguimientos en sífilis. Y secundariamente estudios de Gonorrea.*<sup>79</sup>

En otra correspondencia, Cutler hacía referencia a personas que no debían saber sobre las investigaciones:

*Una pequeña nota acerca de la prevención de sífilis en conejos por pequeñas dosis de penicilina y especularon que este método podría ser probado en humanos y dijeron que tal trabajo no se podría realizar por ética, luego en el diario de la asociación médica americana aparece una nota acerca de financiamiento de la oficina panamericana de sanidad para el estudio de sífilis, nosotros estamos consientes acerca de la posibilidad que se comente en nuestro programa lo cual sería adverso para nuestra continuidad.*<sup>80</sup>

En una nota del 25 de septiembre de 1947, John Cutler escribía a Mahoney sobre los estudios de gonorrea:

*En vista del cambio de eventos estoy muy ansioso de trabajar numerosos casos de estudios de gonorrea, esto significa que necesitaremos muchos pacientes, nuestro seguro de ayuda es el Dr. [Carlos] Tejeda y [Raúl] Maza. En el pasado no les pagamos nada, no obstante que uno de ellos siempre nos asistió con los estudios de gonorrea, he gastado toda la noche pensando si les exigimos más y viendo las circunstancias sólo podemos pagarles a ellos por su ayuda. Por lo cual pido permiso para pagarle a cada uno \$25.00 por noche de trabajo. Así no vacilaré en pedir más pacientes que requieran más supervisión.*<sup>81</sup>

Otra nota de la misma fecha preguntaba

*...si es posible contratar a otro especialista guatemalteco, que haya trabajado de cerca con nosotros y que haya sido de buena asistencia para asegurar un buen entrenamiento en el Hospital de Infantería de Marina para él. El Dr. Encargado es Raúl Maza quien ha sido nuestro principal asistente en el trabajo de gonorrea en el Ejército de Guatemala y que ha estado mañanas y noches con nosotros.*<sup>82</sup>

---

<sup>79</sup> GT-AGCA-JCC-S002. Correspondencia. Joseph S. Spoto. Jefe del Sector Caribe.

<sup>80</sup> GT-AGCA-JCC-S002. Correspondencia.

<sup>81</sup> GT-AGCA-JCC-S002. Correspondencia. Nota enviada a Mahoney a través de William J. McAnally, Jr. Jefe Sector Caribe.

<sup>82</sup> GT-AGCA-JCC-S002. Correspondencia.



Uno de los médicos responsable de los experimentos con el paciente Pablo Tereso del Asilo de Alienados.  
Fuente: Fondo John C. Cutler.

Uno de los libros de control de los soldados infectados por contactos sexuales con prostitutas, evidencia que Raúl Maza colaboraba con los estudios. Se lee:

*John: los demás datos referentes al número de infecciones diversas que llevábamos en el libro verde no me es posible por ahora dárselos porque no los había terminado cuando Ud. se los llevó para copiarlo y por el momento no tengo tiempo de hacerlo, pero creo que le será fácil hacerlo Ud. mismo. Muchos recuerdos de Raúl Maza A.*<sup>83</sup>

El 16 de noviembre de 1947, el Dr. Cutler dirigía una carta al Dr. Soper, director de la Oficina Sanitaria Panamericana, en la que le manifestaba:

*Adjunto sírvase encontrar una carta de presentación del Dr. Carlos Salvadó que es nuestro asistente en jefe del Hospital Mental. Como usted sabrá, el Dr. Salvadó es el responsable directo de las oportunidades que disfrutamos en el asilo.*<sup>84</sup>

En agosto de 1948, ante la posible clausura de los estudios de forma directa, se justificaba la necesidad de continuar con el trabajo:

*Desde que volvió a Guatemala, el Dr. Levitan, el Dr. Funes y yo hemos discutido ampliamente el asunto sobre la continuación de los estudios experimentales. Por ello, consideramos que los siguientes empleados son necesarios:*

---

<sup>83</sup> GT-AGCA-JCC-S003. Libro de registros médicos de experimentos con militares.

<sup>84</sup> GT-AGCA-JCC-S002. Correspondencia.

## Cuadro VI

### Solicitud de empleos realizada por médicos estadounidenses, agosto 1948

Nombre	Profesión	Tarea	Salario Mensual
Juan M. Funes	Médico MD	A cargo de llevar a cabo el presente programa de investigación	\$ 125
Julio Salvadó	Médico MD	Médico del Asilo Mental	\$ 100
Rolando Funes	Serólogo	Secretaria a medio tiempo	\$ 125
		salario dividido entre el Programa de Entrenamiento E.V., Sanidad Pública y proyecto de investigación	\$ 25
Dos empleados		(taller)	\$ 30

Fuente: Fondo Jonh C. Cutler, S002.<sup>85</sup>

En la Memoria de Labores de 1947 del Asilo de Alienados (a partir del 17 de agosto de ese año la institución cambia de nombre a Hospital Neuropsiquiátrico), destacaba entre sus logros las investigaciones realizadas por los doctores Cutler y Levitan, sobre el líquido céfalo-raquídeo con referencia a la neurosífilis.<sup>86</sup>

Los apellidos de los médicos estadounidenses, Cutler y Mahoney, aparecen de forma manuscrita y mecanográfica en algunas de las fichas de registro y control médico de la serie S005. La forma en que se citan es "Cutler pos. # o Mahoney pos. #", aunque no en todos los casos aparece registrado un número. En fichas de control médico de pacientes de la Penitenciaría Central (serie S005), existen ocho fichas en las que se cita a Mahoney y doce en las que cita a Cutler.<sup>87</sup>

En un oficio de enero de 1948 dirigido al Director General de Asistencia Social, el director del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Miguel F. Molina, para justificar la ampliación de las instalaciones de este Hospital, utilizó argumentos de aglomeración de enfermos resaltando su labor con fines curativos. Lo que obvió consignar el Dr. Molina, fueron consideraciones que sí remarcó en otro informe: "el mayor celo científico, probidad y ética...

<sup>85</sup> GT-AGCA-JCC-S002. Correspondencia.

<sup>86</sup> AGCA, Fondo Documental de Salud Pública, memoria de labores del año 1947. Of. No. 46. 13.01.1948. Dirigida a Director General de Asistencia Social, remitida por el Dr. Miguel f. Molina, Director del Hospital Neuro-Psiquiátrico.

<sup>87</sup> GT-AGCA-JCC-S005. Fichas de control médico.

así como ese espíritu de responsabilidad del personal técnico en torno a la investigación de lúes, a partir de infectar a pacientes.”<sup>88</sup>

En referencia al servicio que prestaba el personal técnico del Hospital Neuropsiquiátrico, el Dr. Guillermo Balz,<sup>89</sup> Director General de Asistencia Social, en reunión realizada en julio de 1948 en el Hospital Neuropsiquiátrico argumentaba: “No encuentro nada censurable en que el enfermo sirva para aprender, siempre que se pongan los medios en plan consciente, un cirujano sólo puede ser cirujano operando.”

## 2. Conocimiento de las autoridades

En diciembre de 1946, Cutler le informó a Mahoney:

*Bajo el tema del nuevo negocio, tenemos lo siguiente. El Director General de Salud Pública está sumamente interesado en el proyecto de Guatemala. Parece estar muy esperanzado que podrá asistir a otras personas interesadas en solucionar problemas de sífilis y gonorrea para el estudio, para los que no tienen instalaciones. Estoy seguro que algunos de estos difieren de las líneas de estudio que hemos visualizado. Temo que tendremos que rechazar ciertos estudios y arriesgarnos a perder a algunos amigos por consecuente. Sin embargo, ninguna de las propuestas es exigente y podremos discutir las en nuestra próxima reunión en febrero.*<sup>90</sup>

En una nota del 21 de junio de 1948 remitida al Dr. Mahoney por el Dr. John Cutler,<sup>91</sup> consignaba:

*Adjunto encontrará una copia del acuerdo firmado por el doctor Cumming, de la Oficina Panamericana de Sanidad, y el doctor, Bianchi del Gobierno de Guatemala. A su conveniencia le agradeceré que me mande la nota final de la decisión hecha por la oficina panamericana para la disposición de laboratorio sobre su retirada... Si el laboratorio no va a ser controlado por la Panamericana, el Doctor Galich de Sanidad Pública está planificando usarlo como una central de laboratorio para toda Guatemala. Y por supuesto podrá ser utilizado para la continuidad de nuestros trabajos en pacientes.*

---

<sup>88</sup> AGCA, Fondo Documental de Salud Pública, Oficio 46 remitido al Director General de Asistencia Social por el Dr. Miguel F. Molina, Director del Hospital Neuropsiquiátrico, pág. 4, 13.01.1948, DSCO 3125

<sup>89</sup> AGCA, Fondo Documental de Salud Pública, circular No. 15 suscrita por el Dr. Guillermo Balz M., Director General de Asistencia Social, 26.04.1948, DSCO 4261.

<sup>90</sup> GT-AGCA-JCC-S002. Correspondencia.

<sup>91</sup> JOHN F. MAHONEY, Director Medico V.D. Laboratorio de Investigación, Staten Island 4 New York. Fue dirigida a través de J. McAnally Jr., Jefe del sector Caribe Panamericana. Se le llamaba también Laboratorio de Búsqueda de Enfermedades Venéreas. Se identificaba como parte del Hospital de la Infantería de Marina de los Estados Unidos.

En relación a un obsequio realizado al Asilo de Alienados, en el marco de correspondencia por las oportunidades brindadas, acá se refieren párrafos de las notas intercambiadas.

- Cutler en una nota dirigida a sus superiores indicaba: “Con mucho respeto solicito recibir instrucciones sobre cómo arreglar la transferencia para el asilo de alienados para la compra del refrigerador, proyector de películas y cubiertos de plástico, que se ordenaron como regalo para el asilo en Guatemala como agradecimiento por la cooperación de los pacientes.” Señalaba que debía ser leída y aprobada por William J. McAnally, Jr. Jefe, Sector Caribe.
- El 15 de noviembre de 1948, Cutler dirigía una nota al Dr. Soper, manifestando: “En cuanto a los platos de plástico, el proyector y el refrigerador ordenados recientemente por la VD proyecto y ahora en ruta a Guatemala, ya no será necesario el permiso del proyecto VD, se solicita permiso para vender el mencionado equipo al Asilo de Alienados de Guatemala a precio costo.”
- En febrero de 1949, fue remitida la constancia de recibido a la Oficina Sanitaria Panamericana, que en calidad de préstamo, daba una refrigeradora General Electric de 20 pies cúbicos, un proyector para cine Eastman Kodak, 14 cajas que contenían 672 tazas y 672 platos. La nota fue firmada por el Director del Neuro-Psiquiátrico, Dr. Miguel F. Molina y de forma manuscrita se lee “Entregados al H.N.P. por el Señor Leopoldo Rojas empleado de la oficina”, “Jefe de la Oficina, Dr. William J. McAnally.”<sup>92</sup>
- El 8 de marzo de 1949, el director y médico jefe del Hospital Neuro-Psiquiátrico, Miguel F. Molina, agradecía a través de un oficio, al jefe de la Oficina Sanitaria Panamericana en Guatemala, William J. McAnally el obsequio que les hizo por medio del señor Leopoldo Rojas, en los siguientes términos: “Este obsequio nos había sido ya anunciado desde hace mucho tiempo, por nuestros buenos e inolvidables amigos los doctores Cutler y Levitan, por lo que suponemos que es debido a su amabilidad e intervención y con el beneplácito del Doctor Mahony, que la Oficina Sanitaria Panamericana, en gracia a sus deseos de dejarnos un recuerdo procedió a la realización de este obsequio, que nosotros hemos recibido con especial gusto, como un símbolo de los recuerdos y amistad nos vinculan a los Doctores Cutler, Levitan y Mahony.”<sup>93</sup>
- Por su lado Cutler en uno de sus documentos dejaba claro que la inversión en materiales para el Asilo no era parte de su generosidad: “Así que el proyecto proveyó drogas anticonvulsionantes, particularmente Dilatin, para la gran mayoría de población de los

---

<sup>92</sup> AGCA, Fondo Documental Salud Pública, constancia de recepción de materiales, firmada por el Dr. Miguel F. Molina, Director del H.N.P., 28.02.1949. Imagen DSC03137.

<sup>93</sup> AGCA Oficio No. 294, 08.03.1949. Dirigido a Jefe de la Oficina Sanitaria Panamericana en Guatemala, Dr. William J. McAnally, remitido por Dr. Miguel F. Molina, Director y Médico Jefe del Hospital Neuro-Psiquiátrico.

pacientes los cuales eran epilépticos y para los cuales los fondos previamente habían sido insuficientes para proveer drogas. Hubo que comprar un gran refrigerador para mantener elementos biológicos frágiles en la farmacia; un proyector de películas que suplía la mera recreación de los huéspedes, y copas de metal, platos y tenedores para suplir el completamente inadecuado consumo posible.”<sup>94</sup>

### 3. “No deberían saber nada”

El 16 de septiembre de 1947, en relación a los estudios y a la no divulgación del verdadero sentido de los mismos, se manifestaba en una carta a Arnold:

*Tendremos listo otro grupo para la próxima semana para que tengan las primeras exposiciones normales. Pensamos que debíamos esperar ya que ha habido muchos comentarios entre los oficiales de la Guardia de Honor, donde estamos trabajando. Pero ahora trabajaremos por algún tiempo en otras instalaciones. La carta al Dr. Mahoney fue escrita porque Sacha dijo que el Dr. quería usarla para mantener a otros trabajadores alejados, pero el temor de demasiada plática constantemente nos acompaña y muy a menudo escuchamos comentarios de personas que no deberían saber nada, como que el ejército americano está aquí. Pero no podemos evitar los rumores, ya que la misión militar americana está trabajando con los guatemaltecos, al igual que con otros grupos latinoamericanos, así que habría comentarios al respecto.*<sup>95</sup>

El 21 de agosto de 1946 se consideraban las posibilidades de trabajo con prostitutas y los indígenas prisioneros:

*El Dr. Spoto ha hablado mucho sobre nuestro proyecto y considerándolo. Dice que con los indígenas de la prisión podríamos hacer nuestro trabajo con poca o ninguna explicación, ya que las explicaciones y saber qué está pasando los confunde. Asimismo, nuestro pago por los varones será considerablemente menor de lo que habíamos contemplado originalmente.*<sup>96</sup>

---

<sup>94</sup> GT-AGCA-JCC-S004-002. Informe General. Dr. John C. Cutler

<sup>95</sup> GT-AGCA-JCC-S002. Correspondencia.

<sup>96</sup> GT-AGCA-JCC-S002. Correspondencia.

## Capítulo V

# EL VALOR CIENTÍFICO DE LOS EXPERIMENTOS

### 1. Metodología

Uno de los principales argumentos para la realización de los experimentos en seres humanos en Guatemala, fue el avance de la ciencia. Para evaluar esa posibilidad en este capítulo se revisan los aspectos metodológicos que permitirán conocer si se obtuvieron resultados de utilidad para la medicina.

Para garantizar la calidad científica y ética de toda investigación esta debe reunir ciertos requisitos. Respecto a la calidad científica, es indispensable un protocolo de investigación que incluya la introducción, hipótesis, métodos, plan de análisis, diseminación e implementación de resultados, y presupuesto. La introducción depende de una revisión profunda de la literatura que incluya aspectos históricos y médicos del problema: qué sabemos, qué no sabemos, y por qué es relevante nuestra pregunta de estudio.

La hipótesis debe ser formulada usando como referencia la introducción, asegurándonos que tiene relevancia científica y clínica. Una buena hipótesis genera buenos resultados, pero no se puede producir una buena hipótesis sin un conocimiento profundo del problema en la introducción. Los métodos del protocolo incluyen, población, cálculo del tamaño de la muestra si fuera necesario, criterios de inclusión y exclusión de la muestra, reclutamiento, pruebas de laboratorio, condiciones experimentales, y consideraciones éticas del estudio.

El plan de análisis es una propuesta, ya que dependiendo de los datos encontrados este puede cambiar. Es fundamental que el protocolo incluya también una propuesta de cómo se utilizarán y diseminaran los datos. Si bien no garantiza que los resultados serán implementados, dan una idea de cómo se harán llegar los mismos a los sujetos que proporcionaron los datos y pueden obtener un beneficio del estudio.

Por último, el protocolo debe contar con un presupuesto que incluya gastos relacionados directamente (material de laboratorio, compensación a sujetos, sueldos del equipo de investigación, medicamentos, fotocopias etc.) e indirectamente (alquiler de oficina, secretaria, luz y otros) con el estudio. Adjunto al protocolo deben de ir los cuestionarios que se utilizaran durante el estudio y una lista del equipo de investigación, sus

credenciales, y pues que cada uno desarrollara durante el estudio. En caso de que el estudio involucre sujetos humanos, debe de tener una sección adicional con el consentimiento informado. El protocolo con el consentimiento informado debe de ser sometido a un comité de ética independiente el cual evaluará los métodos y protección de sujetos humanos del estudio. Además el comité decidirá si los beneficios y riesgos son razonables para los sujetos a estudio. Una vez aprobado el estudio, se utilizan el consentimiento y cuestionarios aprobados por el comité. En caso se decida hacer algún cambio al protocolo, este debe de ser de nuevo sometido al comité de ética para que evalúen dichos cambios.

## **2. 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 paso inicial 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, aunque 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 inoculó 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 y 3. El rango de exposición a la gonorrea no era específico.

Respecto a la inoculación, ¿en qué parte del cérvix se hacía el frote? ¿Que 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 día 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, dado 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 sí 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 (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 secase 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, los pacientes del servicio de Enfermedades Venéreas del Hospital Militar y otras unidades fueron seleccionados. Respecto a los pacientes del hospital, se seleccionó a pacientes que estaban recibiendo arsénico por sífilis.

---

Durante el estudio no recibieron penicilina, pero una vez terminada la observación, se les administró penicilina. Por lo tanto, solo está descrita la población de donde se reclutó 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 aplicó 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 aplicó un lavado con 10% argyrol (de la misma manera que se aplicó el mapharsen-orvus) también mostró 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. Estudios de sífilis**

En un documento fechado en 1955 se describen como objetivos del estudio de sífilis 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 y 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).

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 círculo, “él sugirió la posibilidad de conducir estudios cuidadosamente controlados en su país” (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) (Part I, 1955:11)

El problema de la sensibilidad (verdaderos positivos) y especificidad (verdaderos negativos) inclinaba hacia una “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. Además, dado que era difícil obtener la población sana dentro de la prisión (no hay grupo control) se decidió “cambiar de ángulo”. Esto implicaba hacer el estudio serológico en niños “por debajo de la edad de maduración sexual o iniciando su actividad sexual” (Part I, 1955:17) 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 vo-

luntarios”(Part I, 1955:20). Consideraron “terminar el proyecto entero o de otra manera abandonar la investigación en profilaxis, toda junta y concentrarnos solo en investigar los problemas serológicos” (Part I, 1955:20). 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” (Part I, 1955:23). 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 lograran extraer sangre o hacer una inspección visual del sitio de la inoculación. Ese tiempo a veces incluía fases cruciales del período de incubación.
- Realizar los experimentos dependía y era influido por la disponibilidad del material infecciosos (los conejos infectados eran enviados desde los Estados Unidos)
- 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.

#### **4. Procedimientos experimentales**

Se realizaron dos tipos de inoculaciones: aplicaciones de material infectado a la membrana mucosa intacta o raspada (usualmente del pene), e introducción del inoculo adentro o debajo de la piel; sin embargo se lee: “muchas modificaciones de estas técnicas básicas se realizaron” (Part I, 1955:26). 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]”(Part I, 1955:27). 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 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 sí en el Asilo. Contrario a la prisión, en este no se podía obtener la historia del paciente, y, si se obtenía, levantaba sospechas. Eso 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 estandarizada, 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 intracutáneas, seguidas o no de penicilina. En el Asilo, se utilizaron varias técnicas de inoculación y algunos pacientes requerían trato especial. 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 (Part I, 1955:31). Eso 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” (Part I, 1955:32). Eso es 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”(Part I,

1955:32). 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, que tuvieran “prepucio moderadamente largo” (Part I, 1955:31). 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 (Part I, 1955:33). 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. 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 cigarros también representa un error en el diseño del estudio y sesgo del sujeto (regresan por los cigarros 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 cigarros el manejo de los pacientes que logramos alcanzar, sentimos, hubiera sido imposible” (Part I, 1955:41). Por lo tanto, en este caso los cigarros, más que una compensación, 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 (Part I, 1955:37). 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 cigarros a cada individuo examinado”. Dado el riesgo del procedimiento y que se trataba de un estudio experi-

mental 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.

Las inoculaciones en el Asilo eran un reto logístico. Dado el tiempo limitado para la inoculación y manipulación de los individuos, 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.” (Part I, 1955:33)

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. Pero se describen como “se intentó hacer las observaciones a intervalos regulares” (Part I, 1955:34). 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 está descrito en detalle en forma estandarizada. Sin embargo, no se reportan efectos adversos de la administración (Part I, 1955:39). Los pacientes que recibían tratamiento para sífilis no terminaban el estudio. Unos “estaban listos para ser utilizados de nuevo” y otros “continuaban recibiendo exámenes sexológicos semanales” (Part I, 1955:40).

Una variable de confusión es aquella que tiene relación con el estudio y la exposición. 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”

(Part I, 1955:40). 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.

## 5. Técnicas del estudio

---

Para preparar los inoculos 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 (Part I, 1955:43) 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 (Part I, 1955:46). 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 inoculo 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 ocho técnicas de inoculación (Part I, 1955:47-50) y el curso clínico de cada una de ellas (Part VI No year:1-18).

1. Inyección intercutánea. Se utilizaba una jeringa de tuberculina y dado la limitada cantidad de inoculo 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” (Part I, 1955:48). 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.

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. “En algunas circunstancias un individuo recibía una combinación de técnicas o era inoculado en dos sitios por dos diferentes métodos” (Part VI No year:1). 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” se realizaba en un intervalo de siete días o menos durante el cual la lesión, u otra manifestación clínica, o serológica se desarrollaba. Si la observación se desarrollaba a intervalos mayores se consideraba “irregular” (Part VI No year:2). El problema metodológico reside en que no se hizo un seguimiento detallado de los pacientes. Finalmente, “en la infección experimental algunos pacientes no tenían un periodo de incubación en el sentido usual” (Part VI No year:3).

## 6. Efectos adversos

Si bien no se ha podido localizar una sección específica de efectos adversos, se han identificado varios en los documentos. 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). Como fu reseñado en este informe, 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. Un claro ejemplo del poco control sobre el personal de 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). En otro caso, referente al uso de penicilina para tratar la sífilis, “un paciente desarrolló 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).

## 7. Presupuesto

Un proyecto de investigación formal, con buen diseño, debe de tener un presupuesto de los gastos estimados. Incluye reactivos, salarios, compensación a sujetos, materiales relacionados con el estudio y costos indirectos (apoyo secretarial, electricidad, alquiler de clínicas), entre otros. No se pudo localizar el presupuesto del estudio. Se localizaron varios documentos que dan una idea de cuánto costó el estudio. Un documento anónimo del 30 de abril de 1948 titulado *Obligation Report. V.D. Guatemala Project*, dice que el presupuesto anual era de US\$113,473.44. Salarios: US\$40,000 de los cuales gastaron \$38,077.84. El salario para dos médicos guatemaltecos era de US\$1,800 al año. Se estimó que gastarían US\$800 en “Suministros Médicos: penicilina, etc.” El salario mensual del Dr. Funes como “médico encargado del desarrollo de los programas de investigación actuales” era de US\$125.00 y el del médico del asilo, Dr. Julio Salvado era de US\$100.00. (Cutler J, 1948). 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).

Dentro del presupuesto y para “evitar repercusiones políticas” dentro de la prisión, “es muy probable que debamos 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,

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). Esto sin embargo no se pudo constatar en el resto de documentos. 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 US\$25.00 (Experiment No. 2, 1947). Pero 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 los Estados Unidos) de 1948. 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 Salvadó (Mahoney JE, 1948).

## 8. El 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, 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 conclusión es que estos estudios **no tienen ningún valor científico**, y en cambio hay evidentes violaciones a la ética y al derecho de los sujetos utilizados.

En PubMed y en la Biblioteca Nacional de Medicina del National Institute of Health en Washington, D.C., utilizando PubMed, EndNote, y el ISI Web of Science solo se pudo localizar tres artículos.(Funes JM 1953, Portnoy J 1952, Levitan S 1952) Los tres están relacionados, el I y el III fueron publicados en el “American Journal of Syphilis Gonorrhoea and Venereal Diseases” en 1952 (Portnoy J 1952, Levitan S 1952). El II es el único escrito en español y fue publicado en el “Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana” (Funes JM 1953). El Dr. Cutler aparece como autor en los tres artículos y el Dr. Funes es el primer autor del estudio publicado en español. Como bien describen los documentos, los experi-

mentos de profilaxis e inoculación tenían serios fallos metodológicos y se confirma con los tres estudios publicados. Los tres describen los estudios clínicos y serológicos de sífilis en Guatemala. La única diferencia es que el estudio I es en el orfanato, el II en la escuela del Puerto de San José, y el III en pacientes del leprosorio. Dada la fecha en que fueron publicados no se pudo determinar cuántas veces han sido citados en otros artículos.

Según los documentos revisados, el costo económico de los estudios no fue trivial y dada la nula contribución a la ciencia, fueron fondos mal invertidos. Por la literatura publicada, se deduce que los experimentos se debieron de terminar anticipadamente por los fallos metodológicos.

# Capítulo VI

## TRANSGRESIÓN A LA ÉTICA MÉDICA

### 1. Enfoque desde la Bioética

La experimentación con seres humanos realizada, tal y como ha sido documentado en este Informe, constituye una violenta trasgresión a la dignidad de las personas involucradas, a la profesión médica y a la sociedad era. Esa investigación médica en los años 1946 a 1948, es 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.

La Ética es “moral pensada”, es decir filosofía y/o ciencia de lo moral, por eso este Informe asume en su metodología un proceso que implica: *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*.

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. 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 los Estados Unidos. Hay una concepción más amplia, original e importantísima de la palabra, desarrollada por *Van Rensselear Potter*, con dimensiones ambientalistas y culturales.

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”. Hoy, siglos después, nadie se atrevería a aceptar tal cosa (aunque en la vida real haya quienes estén muy cerca de promoverlo).

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.

---

## **2. 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 “sustancia” nociva (inoculación de sífilis, gonorrea y chancroide). Ante esto las preguntas que surgen son: ¿quiénes son los responsables y porqué? ¿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 Informe, no habrá dudas en que los “responsables fundamentales” de las violaciones son **(a)** Los investigadores y **(b)** Las grandes instituciones que los amparaban: United States Health Service (PHS) y Pan American Sanitary Bureau. 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. 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, 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, William Beaumont,

médico 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 promovían 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, empapados de una nueva cultura en la moral médica que incluye la existencia de instancias de vigilancia en investigación y práctica clínica.

### **3. 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 (PHS), en la correspondencia entre el equipo investigador estadounidense y sus autoridades, se muestra con claridad el conocimiento que estos tenían sobre lo que se estaba realizando en Guatemala y cómo los experimentos eran vistos con buenos ojos y despertaban el interés de otros investigadores para agregar otras variables de su interés a los experimentos.

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)

¿Que intereses provocaron tal investigación? (más allá del afán y “curiosidad” científica); casi siempre detrás de un ultraje científico identificamos intereses económicos, políticos o militares, amén de ambiciones profesionales, (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 y coherente a esta pregunta podría ponernos en graves conflictos de conciencia, en estos tiempos en que grandes poderes nacionales y transnacionales continúan construyendo poderes y fortunas sobre cadáveres reales y simbólicos de la dignidad humana.

Habrá que diferenciar las responsabilidades administrativas de las plenamente morales, que incluyen, obviamente, gestiones administrativas reprochables por franca complicitad 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.

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. 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 de aquellos años.

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, al proponer un juicio sobre el desempeño de Cutler, será también indispensable conocer más a fondo cuáles eran las circunstancias que prevalecían en el Estado guatemalteco en general y de los servicios de salud en particular.

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, el hecho deja de ser un elemento de observación aislado y pasa a ser parte de una realidad compleja.

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 II Guerra Mundial. Como ahora, las relaciones de dependencia de Guatemala son parte de ese tiempo; en otras palabras, habrá que comprender que es imposible entender el sentido de la bioética médica si se desliga del contexto.

Se necesita profundizar y prolongar el proceso de indagación en la información disponible y su discusión desde múltiples perspectivas, incluyendo la bioética, pues eso contribuiría a evitar juicios prematuros y que se cometan injusticias en nombre de la justicia.

#### **4. La ética de responsabilizar**

La aparición de nombres de personas, médicos o funcionarios guatemaltecos, 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 *primun 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. ¿Tuvieron algo que ver con esa investigación? Sus nombres no merecen estar expuestos *a priori*.

En el campo de la investigación médica en Guatemala, antes de la década de 1980, se hacían relativamente pocos ensayos clínicos; 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 esa década que en uno de los mayores centros de atención pública del país se empezó hablar del *Código de Helsinki* y hasta la década siguiente empezaron a funcionar los comités de ética en investigación. En gran medida eso fue respuesta a un requisito impuesto a la industria farmacéutica por instancias gubernamentales de los Estados Unidos.

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. 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 Santa María Cauqué, 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 moral. Cualquiera que dijera que los médicos de hoy siguen pensando igual en todos los temas de ética médica que hace diez, 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.

Otra dimensión del análisis debe conducir al juicio político. Un informe integral que pretenda deslindar y asignar responsabilidades de funcionarios de salud pública y otras instancias, debe considerar otros argumentos y plantearse una serie de preguntas; por ejemplo: ¿En qué despachos transitaron y en qué 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 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 estadounidense? En general: ¿Cómo se construyen y qué papel juegan las “subjetividades subalternas” en este y otros campos?

¿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 colocar en el debate y las políticas públicas la cuestión de la dignidad de los habitantes y la dignidad nacional?

Para responde 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.

## **5. Romper la “normalidad” de la discriminación**

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 incommensurable. Pero 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 etc. 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 (más bien inhumanos) como perversos: (1) La ambición de acumulación de poder y riqueza por cualquier medio (la avaricia de individuos o colectividades) y, (2) Un cuerpos de ideas y creencias que se formulan y propagan para justificar la discriminación de ciertos conglomerados humanos, considerados como inferiores.

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 para ejercer un poder.

---

### **Bioética y derechos humanos**

La vida humana constituye 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 de un derecho esencial condicionante de los restantes, de ahí, la bioética y el régimen nacional e internacional de los Derechos Humanos.

Los Estados Unidos y Guatemala ratificaron Declaración Universal de Derechos Humanos de Naciones Unidas y la Declaración Interamericana de Derechos y Deberes del Hombre y a partir de entonces 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.

Guatemala en nombre de sus ciudadanos posee 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 *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.

En el régimen internacional de los Derechos Humanos, el hecho ilícito que genera responsabilidad del Estado que en este caso es el de los Estados Unidos, constituye el 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.

---

## Capítulo VII

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 1. Consideraciones Finales

- 1.1 Después de realizar el estudio comparativo de los documentos que fueron remitidos por el Gobierno de los Estados Unidos de América a Guatemala y los documentos localizados en los archivos nacionales, se corroboran los datos difundidos en los últimos meses del año 2010, cuando se hizo pública la información sobre los experimentos realizados en nuestro país por médicos de Estados Unidos de América en cooperación con médicos y autoridades del Ministerio de Salud de Guatemala, en los que un elevado número de mujeres y hombres fueron sometidos a procedimientos clínicos inhumanos relacionados con enfermedades venéreas.
- 1.2 El análisis de la situación económica, política y social por la que atravesaba el Estado de Guatemala en el período en el que se realizaron los experimentos, hace evidente la debilidad y precariedad de las instituciones guatemaltecas de la época, llamadas a garantizar la defensa de la soberanía, los derechos humanos y la dignidad de la población.
- 1.3 De acuerdo a la información corroborada en los documentos consultados, se puede afirmar que los experimentos con inoculación e infección de sífilis, gonorrea y chancro, afectaron de manera directa al menos a 2,082 mujeres y hombres guatemaltecos, entre pacientes hospitalarios, población carcelaria, soldados y trabajadoras sexuales. La información documental da indicios sobre un número mayor de víctimas que no se puede determinar con certeza y exactitud.
- 1.4 Sobre la base de los documentos examinados, no existe ninguna evidencia que indique o sugiera que las personas sujetas a inoculaciones y otros métodos de experimentación, hayan sido informadas, consultadas o advertidas respecto a estos experimentos y las consecuencias que tendría o podría tener para su salud. Esto resulta aún más grave en el caso de los pacientes del hospital Neuropsiquiátrico, quienes intencionalmente fueron utilizados aprovechando su condición.

- 1.5 La capacidad y posibilidad de deliberación, reclamo y oposición de las personas y grupos que fueron víctimas de los experimentos -enfermos mentales, presos, soldados y trabajadoras sexuales-, era nula o sumamente limitada. El ejercicio de sus derechos individuales dependía de la voluntad e intereses de las autoridades que ejercían poder sobre ellos. En todos los casos existía un nivel extremo de sujeción y vulnerabilidad.
- 1.6 Los registros detallados de las víctimas de los experimentos permiten establecer que la mayoría de las personas fueron expuestas, de manera cruel e inhumana, a enfermedades venéreas causantes de daños severos a sus organismos e incluso de la muerte. Los médicos responsables dejaron constancia escrita de la conciencia sobre los daños posteriores incalculables que los experimentos podían ocasionar a las víctimas. Los procedimientos de experimentación utilizados implicaban dolor y sufrimiento físico y mental para las víctimas.
- 1.7 El racismo, con su carga de prejuicios, menosprecio y discriminación estuvo presente a lo largo de todo el proceso de los experimentos, de manera explícita y consciente. Ello constituye un agravante en contra de las víctimas y la dignidad del país.
- 1.8 Estos experimentos realizados con seres humanos constituyeron una violación flagrante, consciente y deliberada de los derechos fundamentales a la salud, a la vida y a la protección de las personas, como también a los principios bioéticos de NO MALEFICENCIA, con la inoculación de una "sustancia" nociva. De CONSENTIMIENTO INFORMADO, no se les explicó ni se les pidió consentimiento. De DELIBERADA EXPOSICION A LA ENFERMEDAD, no es ético ni lícito provocar daño al paciente.
- 1.9 Los documentos permiten identificar al menos 10 médicos guatemaltecos y un número indeterminado de médicos de los Estados Unidos de América involucrados de manera directa y consciente en los experimentos. De igual manera los documentos de archivo ponen de manifiesto el consentimiento, colaboracionismo y en muchos casos el servilismo de autoridades guatemaltecas de nivel intermedio en el ámbito de la salud pública. Los documentos evidencian la intención deliberada de los responsables de los experimentos, de ocultar datos y desinformar a las autoridades superiores de la época.
- 1.10 Los experimentos con seres humanos se realizaron en Guatemala al mismo tiempo que los Tribunales de Nüremberg juzgaban al [régimen](#) nazi por prácticas similares, sobre lo cual brindaba amplia información la prensa mundial. Esas prácticas médicas inhumanas se perpetraron en nuestro país justamente cuando el concierto de las naciones difundía el Código de Nüremberg y el concepto de crímenes contra la humanidad.

1.11 Los experimentos descritos fueron realizados bajo la dirección del Servicio Público de Salud de Estados Unidos, a través del Venereal Diseases Research Laboratory (VDRL) y el Surgeon General (SG) dependencias a la que pertenecían los médicos responsables de los experimentos y que constituían entidades públicas estatales del gobierno de los Estados Unidos de América. Asimismo de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP). Ninguno de los médicos y funcionarios estadounidenses involucrados actuó por cuenta propia sino por mandato superior en cumplimiento a una política oficial de la época que influía en América Latina.

## **RECOMENDACIONES GENERALES**

1. Identificar a los sobrevivientes, y los familiares de las personas afectadas.
2. Establecer el impacto que los experimentos tuvieron en sus vidas desde el punto de vista médico, social, económico y psicológico.
3. Establecer mecanismos de reparación y compensación institucional e individual por parte de ambos gobiernos, para los afectados por la acción de funcionarios de las dependencias involucradas.
4. Revisar la legislación que regula la investigación científica en Guatemala para asegurar el cumplimiento a las normas éticas de la investigación internacional y evitar las violaciones a la soberanía nacional.
5. Promover una política de Estado y fortalecer al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología para implementar los mecanismos de vigilancia y regulación de la investigación científica, con énfasis particular en la bioética, basada en los principios de dignidad e igualdad humana.
6. Fortalecer el cumplimiento de los preceptos constitucionales de igualdad entre los seres humanos, combatiendo las discriminación, en particular el racismo en todos los sectores de la sociedad guatemalteca.

## BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

Arévalo, Juan José (1998). Despacho Presidencial. Editorial Óscar de León Palacios. Guatemala.

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 (2010). Report on Findings from the U:S: Public Health Service Sexually Transmitted Disease Inoculation Study of 1946-1948, Based on Review of Archived Papers of John Cutler, MD, at the University of Pittsburgh. Centers for Disease Control and Prevention. Global AIDS Program (s.d.) (Traducción, extractos y citas textuales por Jorge Solares).

Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. (2010). Documentación de Estados Unidos y Guatemala.

Constitución de la República de Guatemala de 1945.

Cullather. (2009). CIA: Guatemala, Operación PBSUCCESS. Tipografía Nacional. Guatemala.

Cutler J. ( 1947) Letter to John F. Mahoney. En Mahoney J.E. (ed). Guatemala./ *Excerpts of experimental summaries, cronology*. Experiment No.2 ,3 (1947),Gonorrhoea Profilaxis. En *Cutler Archives* Cutler J. (1948 (a) . / Letter to Mahoney. En Mahoney J.E. (ed)./ Cutler J. (1948 (b)). Letter to Dr. Mahoney. En Cutler J. (ed).

Dirección General de Sanidad Pública (1948, julio). SANIDAD. (Director General Dr. Luis F. Galich). Época I, No. 11. Guatemala.

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

(1949), igual título. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. XXVIII. / Funes, Juan Manuel (1949). "*Proyecto de nueva legislación antivenérea, consideraciones generales*", Salubridad y Asistencia, MSPAS, Tomo II, No. 3.

Funes, Juan Manuel (1953). Cutler J.C., 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; 4: 14-18.

García Noval, José (1999). 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. USA.

Gracia, Diego (1990). Introducción a la Bioética Médica. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. (5 y 6).

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

Guerra Borges, Alfredo. 1997). Semblanza de la revolución Guatemalteca de 1944-1954. (En: Historia General de Guatemala, Tomo VI). Asociación de Amigos del País; Fundación para la Cultura y el Desarrollo. Guatemala.

Guerra Borges, Alfredo. (1999). Guatemala, el largo camino a la modernidad. UNAM, México.

Harlow E. Letter to J.E. Mahoney. En Mahoney J.E. (ed)

Historia Popular de Guatemala (1998) Fundación para la Cultura y el Desarrollo. Guatemala.

ICEFI (2006) Historia Tributaria de Guatemala. Guatemala.

JAMA (2011) Frieden, Thomas R.; Francis S. Collins. Intentional Infection of Vulnerable Populations in 1946-48: Another Tragic History Lesson. JAMA, Oct. 2010 (on line).

Jonas, Susanne & David Tobis (ed.). Guatemala. NACLA. Berkeley, USA.

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

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

Mahoney, J.E. (1947). Letter to Dr. Fred L. Soper. / Mahoney JE (1948). Letter to John C. Cuttler. En 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.

Móbil, José Antonio (2010). La década revolucionaria 1944-1954. Editorial Serviprensa. Guatemala.

Molina Calderón, José (2011). Comunicación personal (economista, asesor del Ministerio de Finanzas).

Obligation Report (1948). V.D. Guatemala Project. En 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, (s.f.). Treatment.1-10. Cutler Archives. /Part VI (s.f.). / Clinical course of infection; 1-18. Cutler Archives.

PNUD (2010). Guatemala: Informe de Desarrollo Humano. Guatemala.

Portnoy, J.Gálvez R., Cutler J.C. (s.f.). Clinical and serologic studies with reference to syphilis in Guatemala, Central America. III. Comparative Studies. USA.

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.

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). Guatemala.

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

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

Rossi Rubilar, Amanda (2007). Breve reseña histórica de la evolución de los sistemas de salud. El caso argentino: una historia de fragmentación e inequidad. Revista de la Asociación Médica Argentina, volumen 120 No. 3. Argentina.

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

SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. (octubre 1948 y abril – julio, 1949(a). Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Tomo I, No. 1 y 2. (*"Presentación"*). / SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. (abril- julio, 1949). (*"Segundo Congreso Centro-Americano de Venereología"*). M.S.P.A.S., Tomo II, Nos. 4-5-6-7. Guatemala.

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

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