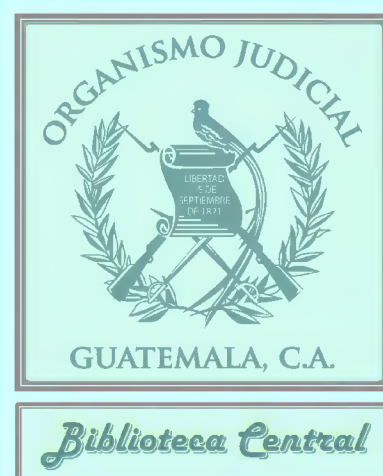


**COMISIÓN PRESIDENCIAL PARA LA INVESTIGACIÓN DE LOS EXPERIMENTOS
EN HUMANOS ENTRE 1946 Y 1948 EN GUATEMALA
COMISIÓN TÉCNICA**

**EXPERIMENTOS EN SERES HUMANOS
EL CASO GUATEMALA**

Abril 2011



PRESENTACIÓN.

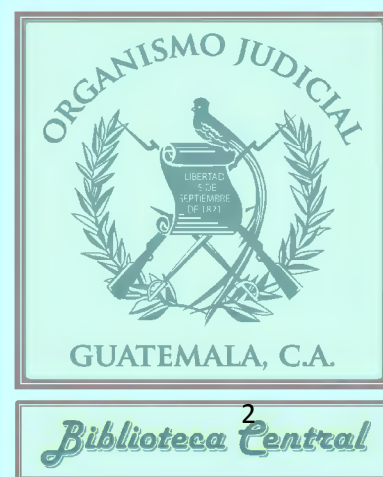
El presente documento se construyó con las contribuciones de las siguientes personas: La coordinación general, co-diseño de la investigación y el desarrollo de los aspectos histórico-socio culturales del país, los hechos y las conclusiones estuvieron a cargo del Dr. Jorge Solares; en el diseño del proceso, la planificación y coordinación académica el Dr. Rubén González; los aspectos de bioética fueron aportados por el Dr. José García Noval, la Dra. Iris Cazali, el Dr. Carlos Mejía y por la comisión de Bioética del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; los aspectos histórico - institucionales y de Salud Pública fueron desarrollados por el Dr. Gustavo Estrada Galindo y el Dr. Enrique Gordillo Castillo; la perspectiva epidemiológica fue desarrollada por el Dr. Joaquin Barnoya y la Dra. Judith García, el análisis jurídico internacional y la perspectiva de Derechos Humanos fue aportada por el Dr. Fredy Ochaeta y la coordinación administrativa y financiera, por la Licda. Claudia Solórzano.

En la revisión de insumos y aportes a los contenidos participaron: Dr. Guillermo Echeverría, viceministro administrativo de salud, el Dr. Mario Figueroa, coordinador del Comité Nacional de Ética en Salud (MSPAS), Dr. Oscar Cobar, director del CONCYT y el Dr. Gustavo Meoño, director del Archivo Histórico de la Policía Nacional.

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

El Ministerio de la Defensa, proporcionó los servicios de traducción de los documentos enviados y de otros pertinentes.

La Procuraduría General de la Nación aportó un valioso análisis jurídico.



INDICE

1.	Introducción.....	5
2.	Fijando una postura: La Bioética.....	7
2.1	La responsabilidad fundamental.....	9
2.2	Otras responsabilidades.....	10
2.3	Sobre los orígenes del mal: De la ambición a la ideología o la ideología de la ambición.	15
3.	Los hechos	15
3.1	Las enfermedades.....	19
3.2	Centro y periferia.....	21
3.3	En el nombre de la ciencia.....	23
3.3.1	Estudio de Sífilis:	25
3.3.2	Estudios de gonorrea	26
3.3.3	Estudios de chancroide.	27
3.3.4	Estudios serológicos.....	27
3.4	Las justificaciones y argumentos.....	28
4.	El experimento, ¿tuvo algún valor científico?	34
4.1	Consideraciones metodológicas.....	34
4.1.1	Estudios experimentales de gonorrea	35
4.1.2	Estudios de sífilis.....	37
4.1.3	Procedimientos experimentales.....	39
4.1.4	Técnicas del estudio.....	43
4.1.5	Efectos adversos	44
4.1.6	Financiamiento y presupuesto	45
4.1.7	¿Valor científico?	45
5.	Contexto sociopolítico.....	46
5.1	Algunas interrogantes.....	46
5.2	Algunos antecedentes históricos de la Revolución de Octubre.....	47
5.3	La Revolución de Octubre del 44.....	52
5.4	El ideario de la revolución democrática de octubre en escritos de Arévalo.....	55

5.4.1	Visión socio antropológica del país del Presidente Arévalo.....	55
5.4.2	Su posición “antiimperialista”.....	56
5.4.3	Su visión de las izquierdas y las derechas.....	57
5.4.4	Infraestructura de salud y protección social.....	58
5.4.5	Políticas en el campo de la salud.....	59
5.4.6	Programa con expertos extranjeros en el país.....	60
5.5	Argumentos para un análisis político de los experimentos.....	61
6.	Contexto de la salud.....	64
6.1	Influencias internacionales.....	64
6.2	Algunos apuntes del contexto demográfico económico y epidemiológico.....	66
6.3	Marco legal y conceptual de la salud, vigente en la época de análisis.....	68
6.3.1	Los conceptos.....	68
6.1.1	El marco jurídico internacional.....	68
6.1.2	El Marco jurídico nacional.....	71
7.	La autoridad sanitaria.....	74
7.1	Fundación y organización.....	74
7.2	Actores y responsabilidades.....	75
8.	Conclusiones generales.....	82
8.1	Qué sucedió y quiénes fueron afectados.....	82
8.2	¿Cómo era vista Guatemala por los Estados Unidos?.¿por qué Guatemala fue la escogida y no otro país?.....	86
8.3	Factores nacionales que pueden explicar los experimentos en Guatemala.....	87
8.4	Bases Jurídicas.....	89
8.5	Perspectiva bioética en el caso de los experimentos.....	90
9.	Algunas recomendaciones preliminares.....	91
10.	Bibliografía.....	92

1. Introducción

El 3 de octubre de 2010, resonó en la prensa nacional e internacional una impactante noticia: el hallazgo de la Dra. Susan Reverby (Wellesley College, Estados Unidos) sobre experimentos médicos en personas de condición humilde en Guatemala durante el período 1946-1948, dirigidos y realizados por profesionales de la salud de Estados Unidos con asistencia subalterna de guatemaltecos. Dichos experimentos consistieron en infectar y experimentar deliberada, subrepticia e inconsultamente con sífilis, gonorrea y chancros a cientos de personas carentes de autonomía por pertenecer a sectores “cautivos” en Guatemala: soldados, prisioneros, enfermos mentales y sexoservidoras. Niños huérfanos del Hospicio y escolares del Puerto de San José también fueron objeto de experimentaciones médicas. El objetivo de los estadounidenses era comprobar experimentalmente el modelo de transmisión humana de esas enfermedades venéreas, así como comprobar la eficacia de la recién descubierta penicilina para su tratamiento y profilaxis. Expresamente 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. El problema diplomático se convirtió en cuestión de dignificación nacional. Pese al tiempo transcurrido (más de 60 años), la naturaleza y características de lo sucedido no sepultan el daño y la ofensa individual y nacional.

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

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

De ahí que el Gobierno guatemalteco nombrara una Comisión Presidencial dirigida por el Vicepresidente de la República, con el objeto de posicionar el país ante la afrenta nacional y orientar las acciones futuras para tomar las mejores decisiones trascendentales en materia de reparación y no repetición de estos hechos. Para efectuar la investigación pertinente, el Vicepresidente integró el 25 de octubre de 2010, una Comisión Técnica multidisciplinaria que, desde una perspectiva nacional, proporcionara al Estado la información fundamental desde diferentes perspectivas para tomar las acciones pertinentes. Esta Comisión principió presentando

un proyecto original que fue aprobado por la Comisión Presidencial y articulado dentro de protocolos del PNUD, la instancia financiadora. A la Comisión Técnica se sumó un grupo multiinstitucional 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 Técnica a su vez fue conformada con profesionales de la bioética, antropología, historia, derecho, salud pública y epidemiología. Además, la Comisión Presidencial incorporó al Archivo General de Centroamérica (encargado de sistematizar la documentación de los experimentos enviada por Estados Unidos); el Archivo de la Paz (que realizó todo el proceso de digitalización de dicha documentación) y el Archivo Histórico de la Policía Nacional (encargado de la búsqueda institucional de los Ministerios involucrados).

La Comisión Técnica tuvo como propósito primordial la búsqueda de la dignificación nacional por medio del esclarecimiento de la verdad en estos experimentos. Establecer qué derechos humanos fueron conculcados en el contexto de dicha época. Poder determinar si las acciones en ambos países constituyeron o no, política de gobierno

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

Con los recursos disponibles, se realizó y concluyó la primera etapa la cual culmina con el documento que se presenta y que consistió en la identificación, recopilación, sistematización, interpretación y análisis de la información disponible, y con esto la integración en un documento comprensivo que sienta las bases para futuros desarrollos.

Este documento se organiza iniciando con el posicionamiento del marco de análisis desarrollado desde la perspectiva bioética. Luego y a partir de este prisma, se describen y analizan detalladamente los hechos; a continuación, se analiza el experimento desde su metodología abordando las interrogantes sobre su utilidad científica. Una vez conocidos y analizados los hechos, se procede a adentrarse en los contextos sociopolítico, histórico, institucional y legal de la nación guatemalteca. Estas reflexiones permiten continuar con un análisis de la autoridad sanitaria nacional y sus instituciones para concluir la parte expositiva mediante reflexiones sobre los actores y sus responsabilidades en los experimentos humanos. Se termina con las conclusiones enfatizando en las lecciones aprendidas y proponiendo algunas recomendaciones a la Comisión Presidencial para sus decisiones futuras.

Los hechos acaecidos son extremadamente complejos y la información se ha conocido progresivamente, indicando que aún falta mucho por saber y analizar. A lo anterior se suma que, hasta este momento, la investigación ha estado, en alguna medida, basada en información secundaria lo que supone ser una etapa inicial para la búsqueda de la dignificación nacional y la de las instituciones y los sujetos violentados en sus derechos.

Al ser éste un primer documento, brinda un punto de partida y orientación general que deberá profundizarse: aún queda la indagación de los impactos familiares e individuales en el ámbito ético, de derechos humanos, social y cultural, además de las relaciones entre los individuos del experimento, más detalles sobre las instituciones nacionales y extranjeras involucradas y la sociedad en su conjunto. También queda pendiente inquirir sobre los posibles efectos en las familias de los sujetos afectados para posibles procesos de reparación.

De lo que ha sido un ingente y complejo trabajo de especialistas, se presenta a continuación la síntesis elaborada con insumos por ellos generados y sometidos a análisis colectivo, mediante actividades académicas que perfeccionaron el producto final que ahora se entrega.

La postulación inicial se identifica con los resultados del trabajo: prácticas como éstas constituyeron gravísimas violaciones a los más fundamentales derechos humanos.

2. Fijando una postura: La Bioética

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

Se ha dicho con insistencia que la Ética ha de tratarse con ética. Si aceptamos que la Ética es “moral pensada” como expresaba **José Luís Aranguren** (es decir filosofía y/o ciencia de lo moral), tendremos que asumir un proceso racional exhaustivo que implica mínimamente los siguientes requisitos: *identificar el problema*, es decir los primeros hechos que provocan, a su vez, una *primera evaluación moral*. Se trata de esa primera percepción enmarcada generalmente dentro del ámbito del sentido común. Sin embargo, el *análisis exhaustivo*, obliga junto a la *consideración de la bondad o maldad de un acto* (en un enfoque deontológico), la del *daño y/o beneficio que*

produce (en un enfoque consecuencialista) y *la posibilidad de que hubiese sido de otra manera* (condiciones internas y externas de libertad de acción de los involucrados). En otras palabras no se puede obviar, junto al acto, al *sujeto y sus circunstancias*. Todo eso permitirá emitir un *juicio ponderado*.

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

Lo que interesa rescatar, en este caso, es que los pensadores más destacados de ese enfoque de filosofía moral aplicado a la práctica e investigación médica proponen características que no debemos olvidar: es *racional* (enraizada en una concepción profunda de dignidad humana), es *laica*, es *crítica* y es *plural*. Quienes participan activamente en su desarrollo (como en los comités de ética asistencial y de investigación), saben que su trabajo es deliberativo y que necesitan disponer de la mayor cantidad de elementos posibles para establecer un juicio moral sobre un hecho o serie de ellos (García 2000)

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

asignado responsabilidades de manera un tanto prematura, especialmente desde los medios escritos.

2.1 La responsabilidad fundamental

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

A partir de la información ya desvelada hasta el momento de redactar este documento, 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 por varias razones. La mayor violación fue el daño causado por la inoculación, pues es ampliamente aceptado que el principio de no maleficencia es el más antiguo de todos de los que han regido la ética médica occidental (*Hipócrates*) y no occidental. Ese es, entonces, un principio internalizado en la práctica médica, culturalmente difundido y enunciado en los códigos sin excepción. No hay estudiante de medicina que no reciba ese mensaje desde su primer contacto con los enfermos.

Si bien a raíz de las reflexiones éticas provocadas por las denuncias de investigaciones del siglo pasado, en su segunda mitad, pasó a ser relevante el principio de autonomía, y con ello la obligatoriedad del consentimiento informado, eso no significa que en épocas anteriores estuviese fuera de la óptica de la Ética médica. Ya a principios del siglo XIX se cuestionaba el realizar experimentos sin dar información y sin obtener el consentimiento, planteándose la

responsabilidad de compensar daños por cualquier lesión. Es más, retrocediendo en el tiempo *William Beaumont*, médico que realizaba investigaciones no terapéuticas, planteaba en 1833 que el consentimiento voluntario era necesario y que el proyecto debía abandonarse si causaba aflicción al sujeto. Hay constancias sobre este celo ético de grandes investigadores médicos como *Claude Bernard* o en instituciones que en 1900 planteaban la prohibición de investigaciones no terapéuticas en menores incompetentes, y la necesidad de que las personas que participaran hubieran declarado inequívocamente que consentían la intervención sobre la base de una explicación apropiada de las consecuencias adversas (Luna & Salles 1998).

La revisión de la historia de la investigación médica da muchos más ejemplos de lo que ya, en la época del caso de Guatemala, era considerado una transgresión moral grave. También da ejemplos de investigaciones que aportaron grandes beneficios a la humanidad (como la *Edward Jenner* en el caso de la viruela), que hoy en día no se realizaría de la misma forma por los avances en la reflexión ética y los avances en las técnicas científicas, pero que –ahora si- una evaluación justa del contexto no permitiría enjuiciar a *Jenner* con la misma severidad que a los investigadores de hoy, empapados de una nueva cultura en la moral médica que incluye la existencia de instancias de vigilancia en investigación y práctica clínica.

2.2 Otras responsabilidades

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

profunda podrá generar más conciencia sobre lo que pasó, pero también con otros acontecimientos que sucedieron posteriormente (incluso de mayor gravedad) y que suceden en la actualidad en que los ciudadanos siguen siendo “material experimental”, si no de las ciencias médicas sí de la política. Si damos una respuesta integral, coherente y honesta a esta pregunta podría ponernos en graves conflictos de conciencia al poner en evidencia cómo, en estos tiempos de encendidos discursos (y no hay duda que de reconocidos avances), grandes poderes nacionales y transnacionales continúan construyendo poderes y fortunas sobre cadáveres reales y simbólicos de la dignidad humana.

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

Se insiste en esta precaución sobre que en algunos casos la condena moral a ciertos actos de la vida pública puede ser radical, debido a que se encuentran elementos administrativos de responsabilidad insoslayable que va de una “verdadera” negligencia, a una más clara y neta responsabilidad que responde a una ideología discriminatoria dominante entre los participantes; en este caso cuadros responsables de distintas instancias en la pirámide del Estado.¹

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 de la. No obstante, para llegar más allá es necesario recurrir a otras indagaciones (hechos) y otros métodos analítico-interpretativos, ya que los documentos con determinada información empírica serán insuficientes, sobre todo, a la interpretación de las circunstancias del contexto social guatemalteco en los años 40s.

¹*Puede verse esa precaución a través de dos ejemplos muy discutidos en la sociedad guatemalteca. Son conocidos los debates en terrenos de las políticas del Estado como serían las políticas de exterminio, de acoso de poblaciones vulnerables, de limpieza social –cuando estas se generan con la complicidad de cuadros gubernamentales con capacidad de decisión-. En el caso de la salud pública podría ser el de las esterilizaciones masivas consentidas por la autoridad, pero no por las personas afectadas. En el caso de la “limpieza social”, por ejemplo, no podríamos asignar la misma responsabilidad a un alto funcionario cuando en su período de gestión se realizan tales acciones sin su consentimiento y conocimiento, promovidas por un funcionarios intermedio, que cuando las permite y autoriza de manera clara o velada. Lo mismo podríamos decir sobre un ministro de salud pública en el caso de las esterilizaciones sin consentimiento de las personas afectadas.*

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

Al hablar de lo histórico en un sentido amplio se intenta proponer el tener presentes tres ideas básicas y relacionadas. En primer lugar lo que **Adolfo Sánchez Vásquez** llama el “carácter histórico de lo moral”². Esta primera interpretación es la que permite y obliga a considerar la normatividad médica de la época (enunciada e internalizada) y, con ello, señalar el experimento como una acción cuya inmoralidad no puede ser atenuada con el argumento de lo que, entonces, era aceptado en los ámbitos específicos de la investigación en salud. La dificultad, en este caso, es la de tener la sensibilidad de imaginar las capacidades reales, en diferentes ámbitos de la vida social, de integrar plenamente la idea de la “maldad del acto”, más allá de los círculos que, por sus especialidades –investigadores en este caso- están familiarizados con el debate y forma parte de su vivencia profesional (la diferencia entre tocar las campanas, el estar cerca y escucharlas o el estar a una distancia en la que el sonido se confunde o no se escucha).

Una segunda interpretación sería la epistemológica (obviamente relacionada con la anterior), en el sentido de concebir la “historicidad de los hechos”, como producto de una totalidad dinámica y compleja y no como producto de una sola causa o factor, como sería, por ejemplo, la bondad o maldad de unos sujetos (actos y sujetos que se inscribe en un contexto). Es decir, en estas condiciones, el hecho deja de ser un elemento de observación aislado y pasa a ser parte de una realidad compleja (García Noval 1999).³

Por último, la tercera interpretación constituye la ineludible consideración del análisis socio histórico del país (como parte del contexto descrito), que en el momento del experimento pasaba por un período de cambio social significativo, al mismo tiempo del momento histórico de la humanidad durante la segunda guerra mundial. Las relaciones de dependencia de Guatemala son parte de ese tiempo (como lo son ahora); en otras palabras, habrá que comprender que es imposible entender el sentido de la bioética médica si se desliga del contexto (García 2000).

En Guatemala, en el caso de estos experimentos, se necesita profundizar y prolongar el proceso de indagación en la información disponible y su discusión desde múltiples perspectivas incluyendo la bioética pues esto contribuiría a evitar la vorágine de juicios prematuros y que se cometan injusticias en nombre de la justicia, al enarbolar banderas éticas declinando a su vez otras (como

² “Si por moral entendemos un conjunto de normas y reglas de acción destinadas a regular las relaciones de los individuos en una comunidad social dada, el significado, función y validez de ellas no puede dejar de variar históricamente en las diferentes sociedades...”

³ Se trata de recordar, con **Ortega y Gasset**, que “En la conexión el hecho desaparece como puro hecho y se transforma en miembro de un ‘sentido’. Entonces se entiende. El ‘sentido’ es la materia inteligible”.

de hecho sucede con alarmante frecuencia en la práctica política y en las interacciones cotidianas). En este sentido se necesita revisar dos hechos:

El primero es la aparición de nombres de personas, médicos o funcionarios guatemaltecos, de forma tal que los coloca de inmediato en un juicio público prematuro; esto es un acto irresponsable y contrario a una normatividad ética básica, y podría incluirse entre lo que se reconoce como “ética mínima” y equipararla con el “*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. La pregunta es *¿tuvieron algo que ver con esa investigación?* Parece dudoso, pero en todo caso su nombre no merece estar expuesto *a priori*.

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

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

(a) Sobre esa “primera dimensión” hay hechos de los que se pueden hablar con pocos temores de equivocarse. En Guatemala, en el campo de la investigación médica, antes de la década de los ochentas se hacían relativamente pocos ensayos clínicos; estos, por lo general, no pasaban por el tamiz de los comités de ética en investigación (porque no existían), y con frecuencia se realizaban únicamente con la autorización de los jefes de servicio, ni siquiera pasaban a la consideración de las autoridades hospitalarias. Fue en la década de los ochentas en que en uno de los mayores centros de atención pública del país se empezó hablar del *Código de Helsinki* y hasta la década siguiente empiezan a funcionar los comités de ética en investigación. Esto en gran medida porque fue un requisito impuesto a la industria farmacéutica por instancias gubernamentales de los Estados Unidos de América. En Guatemala, la institución entonces orientada fundamentalmente a la investigación fue el *Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá* (INCAP) que contaba ya con un Comité de Derechos Humanos encargado de evaluar los aspectos éticos de las investigaciones. En realidad, la mayor parte de las investigaciones realizadas en el país por iniciativa local en el sector salud fueron limitadas y más orientadas dentro del campo epidemiológico y salud pública; pocas veces se realizaban ensayos clínicos en el sentido estricto y estudios de intervención en comunidades (aunque estos últimos si los realizó el INCAP, uno de ellos muy cuestionado, en el municipio de Santa María Cauqué en el departamento de Sacatepéquez).

De lo anterior se deduce que, entre los profesionales de la salud, y más ampliamente entre los investigadores, ha habido un cambio en la percepción y juicio sobre lo que debe ser una investigación ética. Eso significa un desarrollo de la conciencia moral⁴. Cualquiera que dijera que los médicos de hoy siguen pensando igual en todos los temas de ética médica que hace 10, 20 o 30 años, estaría cometiendo el pecado “simbiótico” de arrogancia e ignorancia. Con todo, es indudable que hace 30 años hubiesen sido rechazados los experimentos de **Cutler**, pero pasaban desapercibidos los ensayos clínicos que se efectuaban sin ningún tamiz más que el de los jefes de servicio y se realizaban sin los requisitos exigidos hoy del consentimiento informado. Es más, la utilización de nuevos antibióticos, sin costo, eran vistos como una oportunidad para los pacientes.

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

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

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

¿Qué capacidad de comprensión –entendimiento pleno- tenían quienes aprobaron la investigación pero no eran investigadores o expertos en el campo? ¿Qué capacidad de conocer y evaluar los detalles? ¿Cuánto cuenta en las decisiones la confianza en un técnico subalterno?

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

¿Cómo se explica que un experimento que revela una actitud brutalmente discriminatoria fuera aceptada por el primer gobierno que, desde la independencia de Guatemala, se permitía señalar la prepotencia imperial?⁵

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

⁴ Sobre el tema del desarrollo de la conciencia moral, tanto individual como colectiva, hay literatura sumamente interesante desde la ética, ciencias de la educación, psicología y la interpenetración entre lo biológico y lo social. Entre otros son ilustrativos los textos clásicos de Jean Piaget, Lawrence Kohlberg, como el enfoque del biólogo Francisco Ayala y el trabajo didáctico de Javier Burón Orejas acá citado.

⁵ Hay otros hechos brutales y discriminatorios que persistieron en esa década democrática, como herencia de las dictaduras “liberales” del siglo XX. Algunos de ellos que a pesar de gran magnitud e impacto (usando términos epidemiológicos), ha tenido un abordaje social y académico de relativa “baja intensidad”; es el caso del reclutamiento militar forzoso que afectó especialmente a la población campesina maya.

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 .

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

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

No considerar un hecho como “normal”; es el primer paso, representa un salto inconmensurable. Pero, de nuevo, no basta identificar el problema, hay que encontrar las causas que lo generan y las formas de resolverlo. Es posible confeccionar una lista que incluya factores como falta de legislación, de controles, de instancias, etcétera. Pero hay algo fundamental. Los abusos históricos y los del presente como las denuncias y polémicas sobre las investigaciones de VIH en África (especialmente en los estudios sobre la transmisión vertical y el uso de placebos), tienen como mar de fondo dos males tan humanos (o más bien inhumanos) como perversos: (1) La ambición de acumulación de capital por cualquier medio (la avaricia de individuos o colectividades) y, (2) Una ideología que permite la justificación de la discriminación de ciertos conglomerados humanos, considerados como inferiores; conformado por sujetos (incluso objetos) no merecedores de la misma dignidad de los grupos dominantes. Esas son las condiciones marcadas socialmente que se mencionan antes.

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

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

3. Los hechos

En octubre de 2010 se conoció internacionalmente la noticia de que en Guatemala, entre 1946 y 1948, hombres y mujeres de sectores pobres y sumamente vulnerables habían sido experimentalmente manipulados para infectarlos con enfermedades venéreas, por un grupo de

médicos, tanto estadounidenses como guatemaltecos, encabezados por el Dr. John C. Cutler, verdadero promotor y conductor de los experimentos. Este capítulo expondrá lo esencial de lo ocurrido.

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

La dirección de los experimentos estuvo a cargo del médico estadounidense Dr. John C. Cutler, del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, en relación con el Laboratorio de Investigaciones de Enfermedades Venéreas (VDRL). Cutler desarrolló estos experimentos bajo la supervisión de los médicos, Dr. R.C. Arnold y John F. Mahoney, pertenecientes ambos al Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (USPHS) y al Laboratorio de Investigaciones de Enfermedades Venéreas (VDRL). De acuerdo a la documentación disponible, estas personas mencionaron tener como enlace y colaborador principal en Guatemala al médico Dr. Juan Manuel Funes, entonces Jefe de la División de Control de Enfermedades Venéreas de la Dirección de Sanidad Pública de Guatemala, con colaboración, asimismo, de los Ministerios de Salud, de Gobernación y de la Defensa del Gobierno guatemalteco del Dr. Juan José Arévalo.

Estos hechos no se conocieron, tanto en Estados Unidos como en Guatemala desde entonces, hasta que en 2010 destapó el escándalo nacional e internacional la científica social estadounidense, Profesora Susan Reverby del Wellesley College de Estados Unidos. La Profesora Reverby investigaba los experimentos humanos de Tuskegee⁶, sobre lo cual ha escrito dos libros, cuando se encontró casualmente en 2009 con los materiales del Dr. Cutler sobre Guatemala en los archivos de la Universidad de Pittsburgh, Estados Unidos.

⁶*Tuskegee, ciudad de Alabama, Estados Unidos donde entre 1932 y 1972, los Servicios de Salud Pública de esa nación (incluido el Dr. Cutler) experimentaron con sífilis no tratada a pesar de que la penicilina ya había sido descubierta y se conocía de su eficacia para el tratamiento de la sífilis) en 399 jornaleros varones afroamericanos, la mayoría analfabetos, sin “conocimiento informado”, y engañándolos al decirles que tenían “mala sangre”. De los 399, murieron 128 de sífilis y 100 de complicaciones médicas asociadas; 40 de las esposas de los sujetos resultaron infectadas y 19 niños sufrieron sífilis congénita. El estudio fue cancelado al enterarse la prensa y del juicio moral nació el Informe Belmont en 1979. Cuando la Dra. Reverby lo estudiaba en los archivos de la Universidad de Pittsburgh, accidentalmente descubrió el caso Guatemala.*

Aunque la Dra. Reverby planeaba divulgar estos hallazgos hasta enero de 2011, la noticia accidentalmente salió a luz en el año 2010. A partir de estas revelaciones, personal del Centro de Control y Prevenciones de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC, siglas en inglés) se había dado a la tarea de revisar el material de Cutler en la Universidad de Pittsburgh, produciendo otro documento básico. Thomas R. Frieden, Director de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (*Centers for Disease Control and Prevention*) y Francis S. Collins, Director de los Institutos Nacionales de Salud (*National Institutes of Health*), textualmente expresan que “*el trabajo fue dirigido por Cutler⁷ y realizado con conocimiento de sus superiores, incluido Thomas Parran Jr., entonces Cirujano General⁸ con el patrocinio financiero que el Instituto Nacional de Salud (siglas inglesas NIH) otorgó a la Oficina Sanitaria Panamericana*”, antecesora de la actual Organización Panamericana de la Salud, OPS. (JAMA 2010)

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

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

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

⁷ *Cutler, administrador e investigador en salud pública buscando renombre internacional en enfermedades de transmisión sexual. Fue Asistente del Director General de Salud Pública del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos (USPHS) y Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP, precursora de la actual Organización Panamericana de la Salud, OPS). Profesor de la Escuela en Salud Pública y en la Escuela de Asuntos Públicos e Internacionales. Además de Guatemala, trabajó en India y África Occidental. Falleció en 2003*

⁸ *“Surgeon General” (Cirujano General), alto funcionario, Jefe operativo de los Servicios de Salud Pública en el Gobierno Federal de los Estados Unidos, nombrado por el Presidente y confirmado por el Senado*

En los documentos disponibles de los archivos de Cutler se indica que *“Guatemala fue seleccionada para estos estudios a sugerencia del Dr. Juan Funes⁹, Jefe de la División de Control de Enfermedades Venéreas de Sanidad Pública de Guatemala”*.

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

A esas consideraciones podemos agregar una más de índole social: en la administración de Arévalo, no había prisioneros políticos como política de gobierno, todos eran presos comunes, además de que en esa época no existía la legislación actual de protección a los derechos humanos (en la sección sobre el contexto sociopolítico, se presentará la opinión del Presidente Arévalo acerca de esta discriminación inveterada).

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

Y de hecho, esto se convirtió en un programa de verdadero control nacional en todo lo que fuera enfermedad venérea, con hegemonía absoluta, bajo la autoridad de altos funcionarios en salud de Estados Unidos y funcionarios guatemaltecos. Cutler lo expresó de esta manera: *“esto significó que el personal tenía autoridad para trabajar con las autoridades médicas y otras del centro de*

⁹ El médico guatemalteco Juan Manuel Funes, investigador asociado durante un año en el Laboratorio de Investigaciones en Enfermedades Venéreas (VDRL) en Nueva York asignado por el Instituto de Asuntos Inter-Americanos, trabajó en quimioprofilaxis de enfermedades transmitidas sexualmente.

tratamiento rápido de enfermedades venéreas del servicio público; en los hospitales gubernamentales; con instalaciones médicas y oficiales del ejército; con instituciones al cuidado de huérfanos y dementes; y con el sistema penal” (CDC 2011). Quedaba armada la estructura.

El desarrollo del experimento fue relativamente conocido por la comunidad científica estadounidense. Una carta de Mahoney a su subordinado Dr. Cutler, el 15 de octubre de 1946 expresa: *“Su espectáculo ya está atrayendo amplia y favorable atención aquí. Con frecuencia se nos pregunta por el progreso del trabajo. El doctor T.B. Turner de Johns Hopkins desea que verifiquemos la patogenicidad en el hombre de la espiroqueta del conejo; al doctor Neurath de Duke le gustaría que hiciéramos el seguimiento de los pacientes con su procedimiento de verificación; el Dr. Parran (“General Surgeon”) y probablemente el doctor Moore podrían caerle de visita empezando el año.”* Siempre Mahoney a Cutler, el 23 de diciembre de 1946: *“El General Surgeon se ha visto entusiastamente interesado en el proyecto Guatemala”* (CDC 2011).

3.1 Las enfermedades

Antes de avanzar es conveniente revisar de manera breve y general algunos elementos de la enfermedad que fue el objeto central de los experimentos. La sífilis¹⁰ es una enfermedad infecto-contagiosa, endémica, crónica, 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 3 etapas que se manifiestan desde lesiones locales o chancro (sífilis primaria), luego lesiones en piel y mucosas, más síntomas generales (sífilis secundaria), hasta formar lesiones en órganos internos que pueden generar dificultad en movimientos, parálisis, ceguera, demencia y muerte (sífilis terciaria). Puede transmitirse de la madre al feto (sífilis congénita). El microorganismo causante, el *Treponema pallidum*, está presente en el líquido cefalorraquídeo. No es fácil reproducir la sífilis en personas sanas y la espiroqueta no puede ser cultivada in vitro (Reverby 2011).

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

Como en la serología (examen de sangre para comprobar presencia de anticuerpos contra una enfermedad en la sangre total o en el suero al centrifugar la sangre ya coagulada) la relación entre

¹⁰ *La sífilis siempre se consideró una enfermedad sucia, degradante y denigrante por lo que sus víctimas, cargadas de sentimientos de inculpaación, 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.*

*sensibilidad y especificidad*¹¹ daba muchos resultados falsos, ciertas opiniones llevaron a pensar que en determinadas áreas tropicales y subtropicales se daba un alto grado de resultados positivos en el suero, hubiera o no sífilis. Al tenor de presunciones racialistas como las argumentadas en el caso de Tuskegee y ante su búsqueda en el altiplano guatemalteco y en la tropa del Ejército, “*George Cheever Shattuck de la Escuela de Medicina Tropical de Harvard concluyó que la sífilis era más frecuente en ladinos sobre todo capitalinos mientras que entre los indígenas era leve*” (Reverby 2011). Lo de etnicidad y Ejército se discutirá en el capítulo respectivo.

En la década de 1940, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de Norteamérica (USPHS) y su dependencia, el Laboratorio de Investigaciones de Enfermedades Venéreas (VDRL) llevaron a cabo investigaciones de quimioprofilaxis para llegar a tener preparaciones más efectivas y aceptables para las tropas de los Estados Unidos en el extranjero, que el agente ampliamente usado en los servicios militares durante la II Guerra Mundial (calomel –sal de mercurio¹²- sulfatiazol, petrolato blanco, aceite mineral ligero y alcohol cetílico). Hubo interés tanto en preparaciones tópicas como en penicilina sistémica y se efectuaron estudios en la Marina de los Estados Unidos, toda vez que uno de los propósitos básicos de estos estudios era proteger a las tropas de Estados Unidos destacadas en el exterior.

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 descubrirse¹³. 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 Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (PHS) ya había realizado en los propios Estados Unidos experimentos para la profilaxis de gonorrea inyectando deliberadamente a prisioneros “voluntarios” de la prisión de Terre Haute con gonorrea¹⁴; por dificultades experimentales, el estudio fue cancelado. Para continuarlo y ampliarlo a la sífilis fue que la

¹¹ *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.*

¹² *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.*

¹³ *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.*

¹⁴ *En la prisión de Terre Haute (en el poblado homónimo de Indiana, Estados Unidos), se realizaron sin éxito, experimentos humanos para infectar a prisioneros con gonorrea obtenida de otros prisioneros contagiados (1944). En dichos experimentos también participó el Dr. John C. Cutler.*

investigación se lanzó al sur, fuera de los Estados Unidos y de las barreras y obstáculos que allí estaban encontrando (Reverby 2011). Concretamente, Guatemala.

3.2 Centro y periferia

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

La salud de Guatemala y del resto de Centro América se inscribía en el interés de poderosas empresas económico – agrícolas de Estados Unidos, tal el caso de la United Fruit Company, a la que la salud de estos pueblos le interesaba en función de la preservación de la mano de obra barata y de los posibles efectos que podrían acarrear en la de los estadounidenses.

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

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

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

Con una subvención del Instituto Nacional de la Salud de los Estados Unidos para la Oficina Sanitaria Panamericana bajo la dirección del Laboratorio de Investigaciones de Enfermedades Venéreas - VDRL, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos *“cooperó (sic) con oficiales del Ministerio de Salud de Guatemala, el Ejército Nacional, el Hospital Nacional de Salud Mental y el Ministerio de Justicia ‘con algo que benignamente fue denominado una serie de estudios experimentales sobre la sífilis en el hombre’ ”* (Reverby 2011)

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

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

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

En una carta del 21 de junio de 1948, el Dr. J.F. Mahoney asienta que al estar haciendo los arreglos para financiar las fases terminales del estudio en Guatemala, *“habrá de ser recordado que dos médicos locales fueron mantenidos en servicio con el propósito de continuar la observación de ciertos grupos de pacientes... los doctores Salvadó (director del hospital de Salud Mental) y*

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

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

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

3.3 En el nombre de la ciencia

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).

Reverby anota que los dos objetivos del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de Norteamérica (USPHS) y la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) al designar como jefe del proyecto Guatemala a Cutler (trabajando en el Laboratorio de Investigaciones de Enfermedades Venéreas (VDRL y en Terre Haute) con la asistencia de Funes, entrenado en el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, fueron: 1) experimentar con procedimientos de transmisión de sífilis ("sifilización") *"para probar la respuesta humana al material infeccioso a efecto de mejorar la respuesta corporal a la enfermedad para comprender la re-infección"*. 2) *"Encontrar formas de prevención de la enfermedad inmediatamente después de la exposición"*. En la II Guerra Mundial recién concluida, los Estados Unidos habían dado a sus soldados infectados pomada de calomel-

sulfatiazol, pero era un procedimiento doloroso, así que el Servicio de Salud Pública (PHS) se decidió por químicos menos nocivos o por penicilina y eso había que probarlo. (Reverby 2011)

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

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

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

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

las mismas se relacionaron más probablemente a los altos índices de enfermedades subyacentes como la tuberculosis” (JAMA 2011).

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

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

3.3.1 Estudio de Sífilis:

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

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

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

Una parte recibió “tratamiento adecuado”. A sujetos adicionales se les dio deliberadamente dosis menores de penicilina a fin de observar recidivas y a 10 de 36 (28%) de dichos sujetos se consideró que el tratamiento había fallado (CDC 2011). El documento estudiado se refiere a complicaciones

no fatales: *“muchas reacciones Jarisch Herxheimer, una reacción alérgica atribuida al tejido de conejo, un absceso cutáneo y cinco ataques. Un sujeto requirió amputación de brazo como resultado de gangrena, la que fue descrita como posterior a una inyección de medicación anti ataque y ocurrió en el mismo brazo con una inoculación experimental dos meses antes. Además, a un sujeto se le percibieron hallazgos consistentes con neurosífilis (ej., tabes dorsalis como se evidenció por reflejos ausentes en las extremidades inferiores y pupilas Argyll Robertson) antes de la inoculación”* (CDC 2011).

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

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

3.3.2 Estudios de gonorrea

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

También se reportaron experimentos de inoculación gonorréica en el pene o en el pene y en el recto de 4 sujetos del hospital mental. El cuarto sujeto fue una mujer que mostraba una

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

3.3.3 Estudios de chancroide.

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

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

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

3.3.4 Estudios serológicos

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

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

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

Según el mismo reporte, los niños presentaban evidencia de desnutrición, paludismo, anemia, infecciones micóticas, esplenomegalia. De los 151 niños incluidos en la encuesta, solo 2 mostraron evidencia de sífilis congénita. En el reporte de Funes, no se aclara si los niños a quienes se les

descubrieron otras enfermedades fueron tratados. Esta encuesta serológica fue negociada con las autoridades sanitarias centrales¹⁵, y no consta en el reporte si existió coordinación con las autoridades educativas y muchos menos con los niños y sus padres para la autorización de la actividad.

Tabla NO. 1
Número de casos por experimento

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

Fuente: Archivos de Cutler

3.4 Las justificaciones y argumentos

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

¹⁵ En la publicación de Funes de 1949 no se mencionan los nombres de los funcionarios con quienes se negoció, sin embargo, se asume, al decir que eran del nivel central, y que él, (Funes) era director de la unidad de venéreas, que los funcionarios eran del más alto nivel: director de salubridad pública y Ministro de Salud

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

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

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

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

En parte de la comunidad científica estadounidense parecía existir cierto relajamiento en estos asuntos, en 1947, el afamado virólogo Thomas Rivers del Hospital del Instituto Rockefeller para Investigaciones Médicas en Nueva York, escribió en sus memorias de 1947: *“... va contra la ley*

hacer muchas cosas, pero la ley guiña el ojo cuando un hombre respetable hace un experimento científico....a menos que la ley ocasionalmente guiñe el ojo, no se progresa en la medicina.” (Reverby 2011).

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

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

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

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

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

En 1948 se le dijo a Cutler *que terminara su trabajo...y volviera a casa para ser asignado a otro lugar.”* Todo su esfuerzo fue sepultado en los archivos (Reverby 2011). Y todo su esfuerzo lindaba en lo estéril: El trabajo de Cutler *“tuvo poco impacto en la investigación sobre la sífilis.”* Cinco años después volvió a la carga en la prisión de Sing Sing en Nueva York con 62 *“voluntarios humanos”*,

haciendo raspados subcutáneos pero no en los penes de los presos. No hizo ninguna mención a los experimentos en Guatemala (Reverby, 2011).

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

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

Absolutamente ninguna documentación existe sobre que los sujetos experimentales hayan dado su consentimiento informado para ser reclutados en el estudio. No existe ningún indicio de que los sujetos entendían que estaban participando en una investigación, como tampoco hay enumeración alguna de incentivos que hubieran recibido para participar como sujetos experimentales (CDC 2011).

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

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

Thomas R. Frieden y Francis S. Collins¹⁶ (JAMA 2011) resumen las violaciones éticas de este estudio: Los sujetos del estudio eran miembros de poblaciones vulnerables que incluían personas institucionalizadas y mentalmente discapacitadas, reclusos y soldados (que no podían otorgar un consentimiento válido con conocimiento de causa). *“Los individuos fueron infectados intencionalmente con patógenos potencialmente graves”*. Se usó el engaño en la conducción de los

¹⁶ Thomas R. Frieden, Director de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention). Francis S. Collins, Director de los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health), en publicación de la Revista de la Asociación Médica Americana (Journal of the American Medical Association, JAMA),

experimentos. *“La correspondencia entre los investigadores y sus superiores también reconocían la naturaleza poco ética del trabajo”* .

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

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

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

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

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

Pero no sólo las implicaciones físico – biológicas deben mencionarse en este documento. Hay factores inmateriales que guardan una importancia fundamental en la comisión de estos hechos.

Es necesario discutir el caso de la ética ante factores no físicos de los sujetos del experimento. Se habla totalmente, y está correcto, de la relación entre el experimento médico y el daño físico corporal infringido a los sujetos de experimentación humana. No es fácil, por el contrario, encontrar argumentaciones relativas al daño no físico sino intangible, llámesele espiritual, cultural, cosmogónico. Esto sobre todo cuando entre experimentadores como los estadounidenses y sujetos guatemaltecos existe un abismo cultural, una diferencia absoluta en la manera de ver el mundo, el cuerpo y regular las reglas que rigen la convivencia con el entorno. Podemos llamar a esto “antropología de la ética”. Ejemplifiquemos con un caso descrito anteriormente.

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

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

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

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

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

4. El experimento, ¿tuvo algún valor científico?

4.1 Consideraciones metodológicas

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

Para garantizar la calidad científica y ética de toda investigación esta debe contar con ciertos requisitos indispensables. 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 a estudio, que sabemos, que no sabemos, y porque es relevante nuestra pregunta a estudio. La hipótesis debe ser planteada usando como referencia la introducción, asegurándonos que tiene relevancia científica y clínica. Una buena hipótesis genera buenos resultados, pero no se puede generar 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. A pesar de que hay muchos factores que pueden influir en esto, es importante que los investigadores tengan un plan de cómo hacerlo. 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 (ej. Material de laboratorio, compensación a sujetos, sueldos del equipo de investigación, medicamentos, fotocopias) e indirectamente (ej. Alquiler de oficina, secretaria, luz) 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 las 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.

4.1.1 Estudios experimentales de gonorrea

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

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

Respecto a la inoculación, en que parte del cérvix se hacía el frote? 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 días del experimento y no se podían lavar entre cada exposición. Por su parte, a los “voluntarios” se les autorizó tener contacto con las prostitutas infectadas. Esto representa otro sesgo del estudio. Como se describe en el experimento No. 3, la duración del contacto varía de individuo a individuo, en un rango

desde 2 minutos hasta 13 minutos. (Experimento No 3 1947) Esta variable, particularmente en un experimento de profilaxis de una enfermedad infecciosa, es una fuente importante de sesgo. Para saber si la profilaxis era realmente efectiva la exposición debía haber sido homogénea.

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

De acuerdo al documento, dada que la infección luego de la exposición con la mujer "infectada" fue tan baja (3.6%) tuvieron que recurrir a la inoculación artificial. (Secret-Confidential 1952) Este método dio tasas de infección más altas que si permitieron la evaluación de la profilaxis. Para inocular a los sujetos con gonorrea se utilizaron dos métodos: inoculación superficial (tasa de infección 54%) y profunda (98%). La superficial es aquella generalmente utilizada en el "laboratorio bactericida" (se lee borroso en el documento). Esta utiliza un hisopo húmedo con pus del pene de un hombre con gonorrea aguda y busca contaminar solamente la fosa navicular del pene. La profunda, la que se usaba en los estudios de profilaxis, utiliza palillos con un poco de algodón envuelto el cual contiene pus fresco del pene de un sujeto con gonorrea aguda. A diferencia de la superficial, la profunda introduce el palillo aproximadamente " ½" dentro de la uretra, y es cuidadosamente frotado sobre la membrana mucosa, tanto hasta como para causar dolor". (Secret-Confidential 1952) A pesar de que los métodos de inoculación están bien descritos es obvio que el sujeto a estudio e investigador van a introducir muchas variables imposibles de controlar que sesgarán la inoculación (ej. dolor, algodón, profundidad de la inoculación, tiempo de la inoculación).

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

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 cuidados en aquellos que sabía que los habían inoculado comparado con aquellos que no los habían inoculado. Por aparte, no se menciona el uso de un placebo que hubiera sido lo ideal para asegurarse que ambos grupos seguían las mismas prácticas luego de las inoculaciones con gonorrea y aplicaciones de profilaxis.

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

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

4.1.2 Estudios de sífilis

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

- Obtener información acerca de la profilaxis contra sífilis
- Aumentar la comprensión de los efectos de la penicilina en el tratamiento de la sífilis
- Asistir a mejorar la comprensión de la pregunta de las pruebas serológicas falsas positivas para sífilis.
- Fortalecer el conocimiento de la biología e inmunología de la sífilis en hombres. (Part I, 1955)

En ese mismo documento se mencionan los avances en la investigación de sífilis. Muchos de estos avances provienen de investigaciones en conejos (incluyendo los experimentos de 1943 de Mahoney y Arnold para descubrir que la penicilina cura la sífilis). La profilaxis con 0.15% de mapharsen and 1.0% de alkyl aryl sulfato (orvus) también había sido probada en conejos (estudios in vitro había probado lo mismo para la gonorrea). (Part I, 1955) Sin embargo, a pesar de las similitudes entre el conejo y el hombre, “habían diferencias como falta de manifestaciones del sistema nervioso central, transmisión congénita, y diferentes respuestas serológicas en el animal” (Part I, 1955) Subrayado, y con una nota al borde de la página que dice “Key rationale” (razón clave) se lee que se requería “estudios pequeños cuidadosamente controlados con un grupo relativamente pequeño de individuos expuestos a un alto riesgo de infección” antes de que la preparación profiláctica se pudiera aplicar masivamente en las fuerzas armadas.

Coincidentemente, durante este periodo, el entonces jefe de la División de Control de Enfermedades Venéreas de Guatemala, Dr. Juan M. Funes, recibía entrenamiento en el Veneral Diseases Research Laboratory (VDRL). Según el documento, subrayado y con un circulo, “él sugirió la posibilidad de conducir estudios cuidadosamente controlados en su país” [énfasis agregado]. (Part I, 1955)

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

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

El problema de la sensibilidad (verdaderos positivos) y especificidad (Verdaderos negativos) sugería un “tendencia al aumento de los falsos positivos” y sugería que el estudio de profilaxis sería “administrativamente” difícil. Por lo tanto, antes de iniciar cualquier estudio de profilaxis era necesario determinar el significado de una prueba serológica positiva para sífilis en esta población. (Part I, 1955) Esto implicaría determinar la sensibilidad y especificidad para sífilis en Guatemala. Para esto se requeriría una población con sífilis ya diagnosticada y una población sana. Por lo tanto se dieron a la tarea de hacer estudios clínicos y serológicos que implicaban muestras de sangre en repetidas ocasiones para los prisioneros. Dado que la mayoría de presos era “no-educados y supersticiosos” les fue difícil de obtener muestras de sangre en repetidas veces. (Ver

más adelante en la sección de contexto socio político). Además, dado que era difícil obtener la población sana dentro de la prisión (no hay grupo control) se decidió “cambiar de ángulo” (p.17). Esto implicaba hacer el estudio serológico en niños “por debajo de la edad de maduración sexual o iniciando su actividad sexual” (p.17). (Part I, 1955) Estos estudios demostraron la alta tasa de falsos positivos de la prueba de Mazzini y Kahn.

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

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

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

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

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

4.1.3 Procedimientos experimentales

Se realizaron dos tipos de inoculaciones: aplicaciones de material infectado a la membrana mucosa intacta o raspada (usualmente del pene), Introducción del inóculo adentro o debajo de la

piel, sin embargo, se lee “Muchas modificaciones de estas técnicas básicas se realizaron” (p. 26). (Part I, 1955) Dado el objetivo del estudio, la inoculación debió ser estandarizada para garantizar la exposición.

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

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

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

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

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

A pesar del cuidadoso registro de los nombres, los errores fueron frecuentes. Como describen, *“...especialmente durante los periodos de extracción de sangre, porque los individuos se las*

arreglaban para cambiar los tubos numerados en el espacio entre el escritorio de registro y cuando llegaban ante el médico para la extracción de sangre.” (p. 32). (Part I, 1955) Se describe que estos eventos no eran comunes, pero un estudio bien diseñado debe de tomar estas precauciones antes de iniciar el trabajo de campo y no dejarlo al azar una vez iniciado el estudio.

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

Como compensación, luego de una extracción de sangre o líquido cefalorraquídeo, se les daba un paquete de cigarros (*“locales”*). Si solo se trataba de una observación clínica les daban un sólo cigarro (p. 33). (Part I, 1955). En repetidas veces los pacientes regresaban por otro examen físico, extracción de sangre, o punción en la cisterna magna solo por los cigarros, que eran considerados muy valiosos en el asilo. No hay mención de los posibles efectos adversos y la diferencia en riesgo entre una extracción de sangre y una punción en la cisterna magna. Independientemente de las consideraciones éticas de las prácticas, esto también representa fuente de sesgo. Idealmente, los examinadores y equipo del estudio debería haber estado cegada al tipo de paciente (inoculado o no). El hecho de que se les permitiera regresar solo para recibir más 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.”* (p. 41) (Part I, 1955). Por lo tanto, en este caso los cigarros representan más que una compensación una manera de coerción de los pacientes, contamina la muestra (probablemente el número de fumadores era mayor que lo que era en la población en general) y limita la generalización de los resultados.

Los procedimientos para extracción de sangre y punción en la cisterna magna están descritos en el documento.(p. 37) (Part I, 1955). De particular relevancia es la punción en la cisterna magna para obtener líquido cefalorraquídeo. Si bien describen que de los *“cientos de punciones”* ninguna resultado 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”*[subrayado en el original]. Dado el riesgo del procedimiento y que se trataba de un estudio experimental controlado, las punciones debieron de haber sido estandarizadas y no realizadas al gusto de los sujetos. Además, no hay ninguna mención de otros efectos adversos como infecciones asociadas.

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

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

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

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

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

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

4.1.4 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.(p. 43) (Part I, 1955) Se utiliza la palabra “donador” pero no existe ninguna mención de cómo el sujeto opto por donar la muestra.

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

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

1. Inyección intercutánea. Se utilizaba una jeringa de tuberculina y dado la limitada cantidad de inóculo las agujas no se cambiaban y se usaban repetidas veces sin esterilizar. Se revisaba de “*tiempo en tiempo*” la virulencia del material. Esto presenta un problema de exposición, no solo a sífilis sino a otras enfermedades que se pueden transmitir por esta vía.
2. Aplicación local. Esta se hacía en el prepucio de los sujetos, algunos se les lavaba previo a la inoculación y a otros no. En aquellos con prepucio corto, se les colocaba cinta adhesiva para mantener el prepucio retraído. Como se mencionó anteriormente, el largo del prepucio es un problema metodológico y biológico del estudio.
3. Rasgadura y aplicación local. Es idéntica a la aplicación local, pero en esta se realizaba una rasgadura de 2 x 5 mm. El tamaño de la rasgadura en el lugar que deseaban hacerlo fue un problema, y como refieren, “*no infrecuentemente pequeños puntos de hemorragia se notaban*”.(p. 48) (Part I, 1955) Esto era algo que trataron de evitar para que la lesión fuera una leve rasgadura.
4. Presión múltiple. Es la misma técnica utilizada para la vacunación para el sarampión. Se realizaba en la región del deltoides.
5. Ingestión. Solo se realizó un estudio con este tipo de exposición.
6. Punción en la cisterna magna. Se inyectaba directamente el inóculo en el líquido cefalorraquídeo del paciente.
7. Intravenoso. Se inyectaba el material directamente en la vena cubital. Las jeringas se utilizaban repetidas veces y el desarrollo de una lesión en el sitio de la inoculación sugirió la posibilidad de contaminación de la superficie con *T. pallidum*.

8. Intercutánea y rasgadura. No hay una descripción detallada de la técnica.

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

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

4.1.5 Efectos adversos

Si bien no se ha podido localizar una sección específica de efectos adversos, se han localizado varios en los documentos. Por ejemplo, en una carta de Elliott Harlow en Guatemala al Dr. Mahoney (Director del VDRL) se describe una sospecha de caso de G. C. (se asume gonorrea). El paciente fue examinado al día siguiente de iniciar con ardor al orinar. Sucede que este sujeto no era reclutado para el estudio sino era el *“prisionero-secretario del hospital de la penitenciaría y que había tenido contacto con una de nuestras mujeres asalariadas que nosotros creímos que no estaba infectada. Yo no pude evitar reírme de la ironía de la situación.”* (Harlow). Esta mujer, *“está dejando su profesión para casarse y no está ya disponible”*. Estos son claros ejemplos del poco control que existía sobre el personal a estudio y la poca fiabilidad de las infecciones que produjeron (o no produjeron).

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

4.1.6 Financiamiento y presupuesto

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

Dentro del presupuesto y para “evitar repercusiones políticas” dentro de la prisión, “es muy probable que debemos pagar al hombre o bien nada o un paquete de cigarros o jabón u otros ítems por cada extracción de sangre.” (Cutler J. 1947) Como se mencionó anteriormente, este tipo de compensación introduce sesgo en el estudio. Ya que solo van a colaborar aquellos que fumen o estén dispuestos a recibir jabón por la extracción de sangre. Otra carta de Cutler a Mahoney, de Mayo 1948, menciona como “discutimos gastar como \$1500.00 para cobrarse como pago a los voluntarios.” (Cutler J 1948 (a)) Esto sin embargo no se pudo constatar en el resto de documentos, sin embargo hubiera involucrado que a los individuos se les invitara como voluntarios y se les remunerara por su colaboración. Si esto se dio, cambia el tipo de sujeto a estudio y las consideraciones metodológicas y éticas del estudio.

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

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

4.1.7 ¿Valor científico?

Los estudios realizados de gonorrea y sífilis en Guatemala sufren de serios fallos metodológicos. A pesar de no contar con un protocolo completo, por lo anteriormente descrito se pueden identificar múltiples fuentes de sesgo y variables de confusión. Si bien estas últimas se pueden

corregir en el análisis (multivariado o estratificado), el sesgo es un error en el diseño del estudio que no se puede corregir. Los cambios frecuentes en la metodología muestran la improvisación del estudio y la poca formalidad con la que los investigadores lo abordaron. Si bien estos cambios son permitidos en la actualidad, hay un procedimiento estandarizado para hacer cambios en el protocolo, comenzando por contactar al comité de ética para poder realizarlos. Una primera afirmación que emerge de este análisis es que estos estudios **no tienen ningún valor científico**, amén de las evidentes violaciones a la ética y al derecho de los sujetos utilizados.

Se realizó una búsqueda 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 número II, es el único escrito en español y fue publicado en la revista “Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana” en 1953.(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 experimentos de profilaxis e inoculación anteriormente descritos tenían serios fallos metodológicos y se confirma con los tres estudios publicados que se encontraron en la búsqueda de literatura. Ninguno de los estudios publicados se refieren a la inoculación o profilaxis, 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 se puede concluir que fueron fondos mal invertidos. Además de que los experimentos se debieron de terminar anticipadamente por los fallos metodológicos, es obvio por la literatura publicada que los experimentos no contribuyeron en lo más mínimo al campo del estudio de la sífilis.

5. Contexto sociopolítico

5.1 Algunas interrogantes

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

Pocos acontecimientos históricos de Guatemala suscitan hasta ahora tanta polémica como el referente a la llamada Revolución de Octubre de 1944. La controversia parece no terminar nunca. Para abundar más el conflicto, justamente en el 66 aniversario, la resonante noticia internacional de los experimentos en la Guatemala de entonces. Se han lanzado desde entonces opiniones

simplistas tanto en pro como en contra de la Revolución de Octubre. Esto demuestra que el abordaje y análisis de lo acontecido es además de médico, también social, político y cultural.

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

¿Estuvo Arévalo enterado? En caso afirmativo ¿lo estuvo hasta el detalle de lo que estaban haciendo? En caso no hubiera estado enterado ¿quién de los funcionarios informó qué y hasta adónde? Si estuvo enterado, ¿hasta qué punto o hasta qué detalle? Y de todas maneras, ¿encaja eso en el perfil de la Revolución y el de Arévalo? Hay que evadir el error de hacer una apología del Presidente Arévalo, así como de una condenación. Para varias de las preguntas anteriores quizá no se tengan respuestas concretas por el momento. Pero sí el contexto explicativo.

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

5.2 Algunos antecedentes históricos de la Revolución de Octubre

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

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

A su vez, el régimen liberal iniciado con la Revolución Liberal de 1871 y dirigida por los militares Miguel García Granados y Justo Rufino Barrios, fue la respuesta al inmovilismo de la vetusta y prolongada dictadura conservadora neo – colonial, en la que un dictador perpetuo tenía a todos los poderes del Estado dentro de su puño a la manera de simples comparsas. La educación era de pobre calidad, entregada a la doctrina católica y renuente a los avances de la ciencia positiva. La Iglesia ejercía censura eclesíástica a todo material de lectura. Prevalcía la ignorancia y repulsión por todo lo extranjero. Sin embargo, el régimen conservador mantuvo el proteccionismo al

enorme sector indígena y logró con ello apoyo popular y estabilidad política a Guatemala desde mediados del Siglo XIX.

Contra esa inmovilidad nació, creció y triunfó el movimiento liberal en junio de 1871. En su principio, moderado y tolerante, pronto se impuso la corriente radical gobernando con medidas despóticas. La Constitución fue formulada para permitir reelecciones del Presidente y así, este liberalismo substituyó una dictadura por otra. El racismo de los liberales contra las etnias indígenas fue ostensible y ello se transmitió hasta connotados estadistas y literatos. Por ejemplo, Rafael Arévalo Martínez: *“La raza indígena es reconocidamente inferior. Es el producto natural de un mal medio.*” Jorge García Granados (descendiente del líder liberal): *“El indio... presenta indudables síntomas degenerativos. ...Adelece de estrechez frontoparcial y su índice cefálico es menor que el normal.”...Su inteligencia ... no está muy por encima del primitivo instinto...*” (Historia popular de Guatemala 1998).

Entre las más importantes políticas liberales estuvo la separación de la Iglesia y el Estado el cual se convierte el laico; libertad de cultos; se suprime la censura eclesiástica; las órdenes monásticas; el sistema educativo se vuelve secular y la Universidad se abre a las ciencias positivas. Se propugna por la idea del progreso y la modernización, se introduce el estudio de las ingenierías, se inicia la construcción del ferrocarril interoceánico abriendo así la comunicación hacia el exterior hasta entonces casi inexistente. La creación de sendos puertos en los dos océanos (San José en el Pacífico y Puerto Barrios en el Atlántico) para la exportación de productos agrícolas, esencialmente café.

Dentro de los cánones del liberalismo, se consideró al indio un ser inferior obstáculo para el desarrollo y el progreso. En nombre de este progreso y el desarrollo (léase, Europa y Estados Unidos) se despreció más al indio, al que se vio como sinónimo de barbarie e inferioridad humana y, mientras se lanzaban campañas para incorporarlo a la ladinidad (lo que nunca se cumplió), comenzaron explotándolo como nunca antes. Muchos recursos naturales e infraestructura fueron entregados a empresas extranjeras, básicamente de Estados Unidos. El Ejército fue prácticamente refundado bajo cánones modernos y en un principio fue pensado como una institución de elementos ladinos solamente (por el desprecio mezclado con temor al indio), pero debido a la dificultad de atraer ladinos, se recurrió al reclutamiento forzoso de indígenas, secuestrados de sus casas y sementeras y llevados abruptamente a los cuarteles.

El reclutamiento militar forzoso fue una de las más censurables prácticas impuestas por el liberalismo y no se suprimió sino hasta la firma de los Acuerdos de Paz, a finales del Siglo XX. Otro fenómeno negativo fue la supresión de la libertad de opinión, la persecución por motivos políticos, el temor y el terror como práctica de gobierno, encarcelamientos políticos y ejecución de opositores, fusilamientos sin juicio o con farsas legales, el trabajo forzado para los campesinos y los prisioneros.

El Gobierno expropió las tierras comunales indígenas y las entregó a los nuevos finqueros ladinos, para expandir el cultivo extensivo de café. Los indígenas, ya sin tierra, se convirtieron en mano de obra “libre” obligada a trabajar para el finquero ladino, quien fijaba el salario y sometía al indígena

paupérrimo a endeudamiento permanente con la misma finca, pudiendo dictar prisión por deudas que encadenaba por tiempo indefinido al campesino y a sus descendientes.

En 1877 se emitió el llamado “Reglamento de Jornaleros”: Al finquero le garantizaba la provisión de mano de obra básicamente indígena. Se utilizó la farsa de que se enganchaba obligatoriamente al indígena: sacarlos *“del estado de miseria y abyección en que se encuentran, es crearles necesidades que adquirirán por medio del contacto con la clase ladina...”* (Historia popular de Guatemala 1998)

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

Sin embargo, sus aspectos negativos superaron lo anterior. Al igual que Estrada Cabrera, Jorge Ubico ejerció una férrea dictadura desde el principio, reprimiendo drásticamente cualquier manifestación de crítica, más de oposición (como escarmiento recurrió a fusilamientos tempranos por motivos políticos). Fue un sistema de aislamiento, prohibición de las ideas, vigilancia e incluso persecución de ideas. Los literatos eran vistos como vagos o comunistas.

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

En 1934, se emitió otra ley, la Ley contra la Vagancia: quienes no cultivaran un mínimo de tierra propia, debían demostrar que trabajaban como asalariados en fincas (con una libreta extendida por los dueños de las fincas) y quienes no pudieran comprobarlo, eran forzados a trabajar en obras públicas o en las tierras de finqueros o en obras públicas durante 100 ó 150 días (Hist. Pop. 493).

“Ley Fuga”. Ésta era completamente subrepticia, no legal, pero de tenebrosa realidad: consistía en una práctica represiva mediante la cual al llevar prisioneros “peligrosos” de un lugar a otro, se les fusilaba por la espalda aduciendo que habían tratado de fugarse.

Ubico admiraba profundamente las dictaduras fascistas (Hitler, Mussolini, Franco). En la II Guerra Mundial permaneció neutral hasta cuando EEUU entraron a la misma: ese mismo día, junto con Estados Unidos, declaró la guerra al Japón y a los escasos 3 días después de esto, declaró la guerra a Alemania e Italia, confiscó los bienes de ciudadanos alemanes e italianos, deportó a alemanes a EEUU, clausuró los colegios alemanes existentes en el país. Tal abyección contrastaba radicalmente con su despotismo al interior. Autorizó el establecimiento de bases militares de los EEUU en el territorio nacional, fue motivo de seducción para jóvenes mujeres que recibieron el apelativo de “las gringueras”.

Ubico acabó radicalmente con el movimiento obrero y sindical, todavía en estado muy incipiente desde los gobiernos de 20 años atrás. Por eso fue que la contribución obrera al destronamiento de Ubico no fue significativa.

Verdadero factor de poder en Guatemala fue la empresa bananera, United Fruit Company (UFCO) que recibió del gobierno liberal de Manuel Estrada Cabrera la infraestructura que funcionaba desde el Siglo XIX y cuantiosas cantidades de tierras, quedando exonerada del pago de impuestos de exportación y del impuesto de puertos. Además, se le regalaron las instalaciones portuarias de Puerto Barrios, el principal puerto de Guatemala. La flota de la UFCO (“Gran Flota Blanca”) controlaba la mayor parte de las exportaciones y pasajeros de Guatemala. Durante el mismo Gobierno se entregó al estadounidense Minor C. Keith la finalización de la línea férrea y todo lo construido desde Justo Rufino Barrios con fondos nacionales. En concreto, la totalidad de toda la línea férrea, el material rodante del Ferrocarril del Norte (propiedad del pueblo guatemalteco), además de las instalaciones portuarias de Puerto Barrios, 1,500 caballerías de tierra por 99 años. La IRCA (compañía ferrocarrilera estadounidense, absorbida por la UFCO propietaria ya de las líneas nacionales, recibió la zona aledaña a la vía férrea y las líneas telegráficas; se extendió hasta la frontera mexicana y a El Salvador. La UFCO tenía la tierra, las instalaciones portuarias, las vías férreas para el transporte del banano y de pasajeros, su subsidiaria la IRCA era la única vía de comunicación con el Atlántico y luego recibió la concesión para nuevas líneas férreas). La adquisición de tierras se extendió a otras partes del país como la Costa Pacífica.

Otras empresas de Estados Unidos también controlaban el servicio de cable internacional (Tropical Radio Telegraph Company), las radiocomunicaciones anteriormente del Estado guatemalteco. El servicio eléctrico también fue entregado a una compañía estadounidense (Electric Bond and Share) por presiones del gobierno estadounidense.

“Los otros artículos de exportación, el banano y el chicle, estuvieron controlados por empresas estadounidenses. En el período estudiado (1900-1944), se aprecia un notorio incremento del control estadounidense en la economía nacional. Sectores esenciales (como el transporte ferrocarrilero, los muelles, la electricidad, el cable internacional) pasaron a su propiedad, así como

algunas industrias (tabaco), con lo cual la economía nacional estuvo, como nunca antes, controlada por empresas de un solo país.” (Historia popular de Guatemala 1998).

La contraparte de esta sumisión fue la ideología de supremacía geopolítica y racista imperante en los Estados Unidos desde el Siglo XIX. Por ejemplo, las doctrinas Monroe, la del Destino Manifiesto y la política del Gran Garrote¹⁷.

Todo este proceso fue dando a la par de la violencia de Estado, una violencia social contenida. El fin de Ubico fue más rápido de lo que la rudeza de su régimen permitiría haber augurado. Era ya grande el hastío del pueblo, el temor había llegado al punto de catarsis, los triunfos aliados en la II Guerra Mundial y el colapso del fascismo en Europa estaba a la vuelta de la esquina y con ello, el triunfo de las ideas democráticas que el dictador no podía silenciar.

Entre los más importantes rasgos heredados del sistema dictatorial entre la población guatemalteca se contaban: sumisión ante el poder, miedo crónico, violencia contenida o desatada, falta de solidaridad, egoísmo social, discriminación, racismo, falta de un elemento unificador, falta de cohesión nacional, sumisión a lo extranjero como inexorablemente mejor que lo propio, ignorancia de las corrientes mundiales, falta de preparación política, falta de metas nacionales y ceguera ante la miseria. A pesar de esta situación, se fue generando un sentir social

¹⁷ **La Doctrina del Destino Manifiesto:** Dios eligió a Estados Unidos para ser una potencia y una nación superior. O'Sullivan en 1845 la formuló como la potestad de “extendernos por todo el continente que nos ha sido asignado por la Providencia” y de ahí fueron incorporados a Estados Unidos, Texas, California, Colorado, Nuevo México, Arizona, Nevada, Utah, Wyoming, Kansas y Oklahoma, mucho de ello a expensas de México. En 1890 se formuló como justificación para expandirse fuera del territorio de Estados Unidos. En 1904, el Presidente Theodore Roosevelt (republicano) postuló: “Si una nación demuestra que sabe actuar con eficacia razonable...si mantiene el orden y respeto y sus obligaciones, no tiene por qué temer una intervención de Estados Unidos...Un relajamiento general de las reglas civilizadas pueden exigir...la intervención de una sociedad civilizada...y en el hemisferio occidental, la adhesión a la Doctrina Monroe puede obligar a Estados Unidos, aunque sea en contra de sus deseos,...a ejercer un poder de policía internacional.” **Doctrina Monroe:** se dice que fue formulada por el Presidente John Quincy Adams (1823) y que de él la tomó el Presidente Monroe: Estados Unidos no tolerará ninguna interferencia de potencias europeas en América. “América para los americanos”. El Presidente Thomas Jefferson proclamó: “América tiene un hemisferio para sí misma.” **La política del “Gran Garrote” (“The Big Stick”):** el Presidente Theodore Roosevelt en 1901, postulando la legitimización de la fuerza para defender sus intereses, lanzó sobre todo a El Caribe y Centro América la advertencia de una intervención armada si no se cumplían los intereses de Estados Unidos,. Y lo cumplió: apoyo a la separación de Panamá contra Colombia para construir el Canal (1903); ocupación militar de la República Dominicana (1916-1924); ocupación militar de Cuba (1906-1909); ocupación militar de Haití (1915-1934). También está Puerto Rico. La intervención en Nicaragua contra Sandino. La intervención en Guatemala (1954). Posteriormente estaría la invasión de Granada y luego la de Panamá y después, la intervención abierta en los conflictos internos de países de Centro América. El argumento fue: Las condiciones internas de las naciones latinoamericanas constituían un problema para las enormes compañías económicas estadounidenses establecidas en dichos países y, por ello, los Estados Unidos debían atribuirse la potestad de “restablecer el orden”, primero presionando a los caudillos locales (“hablar de manera suave”) y posteriormente, de no obtener resultados favorables a sus intereses, recurriendo a la intervención armada.

de cambio político, quizás la presión juvenil, sobre todo urbana, tal vez producto de la demografía, sin duda producto de las ideas libertarias en el mundo sumado a la pobreza de la mayoría de la población, se conjugaron para un desenlace protagonizado por los universitarios y los maestros. Y así surgió la Revolución de Octubre de 1944. Y con ella, una nueva Guatemala de lleno en el Siglo XX.

5.3 La Revolución de Octubre del 44

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

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

El 15 de marzo de 1945 la Junta Revolucionaria de Gobierno se auto disolvió, a la vez que entró en vigor la nueva Constitución y tomó posesión el Presidente Juan José Arévalo, novel político que triunfó en las elecciones con el 86% de los votos. Ahí terminó para siempre la configuración antagónica de liberales y conservadores, protagonistas políticos del Siglo XIX. El Presidente Juan José Arévalo era pedagogo, autor de libros sobre la materia, doctor en Pedagogía y Filosofía en Argentina en la que últimamente era catedrático en la Universidad de Tucumán de donde fue intempestivamente llamado a participar en las elecciones guatemaltecas. Socialista pero anticomunista decidido, buscó establecer como política de Gobierno y norma de convivencia su proyecto de “*Socialismo Espiritual*” que postulaba todo en torno a la dignidad humana. En su

gobierno hubo libertad de expresión, de prensa, de organización, de reunión, se creó la seguridad social (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en 1946); el Código de Trabajo por mandato constitucional, el primero en la historia del país, en 1947; Ley de desarrollo Industrial en 1947; el Instituto de Fomento a la Producción en 1948; normas para la protección laboral y sindical en 1949; Confederación de Trabajadores de Guatemala; trajo asesores sindicales; se emitió la Ley de Arrendamiento Forzoso (a favor de los campesinos y contra los grandes terratenientes y latifundistas). Revivió el aletargado diferendo con Inglaterra por el caso de Belice. Se empeñó en establecer la unión centroamericana, pero el proyecto no pasó de ser un sueño que perturbó aguas en el Salvador y en la misma Guatemala.

En el campo de la cultura, se desmilitariza la educación oficial; se fundan las humanidades en el país con la Universidad Nacional en fecha temprana: 1945; se establecen estudios de psicología y periodismo. Una amplia labor patrimonial: se funda el Instituto de Antropología e Historia; el Instituto Indigenista nacional; el Conservatorio Nacional de Música; la Orquesta Sinfónica Nacional; la Escuela de Bellas Artes; la gran escuela coral con el oficial Coro Guatemala; lo mismo con el ballet mediante el Ballet Guatemala; la editorial del Ministerio de Educación, se funda una línea editorial asequible a todas las personas: Biblioteca de Cultura Popular 20 de Octubre; otras líneas editoriales: Clásicos del Istmo, Revista del Maestro; Revista Guatemala

Se reforman los planes de estudio mediante una planificación educativa previo censo escolar en todo el país; se lanza campaña de alfabetización; se reabre la Universidad Popular (clausurada por la dictadura de Ubico); se fundan numerosos institutos de enseñanza media. Se hacen programas de educación rural.

Arévalo tuvo como política de gobierno traer asesorías extranjeras con expertos especialistas para que enseñaran y formaran cuadros académicos y científicos en muchos campos: humanidades, desarrollo social; economía; salud; educación. Además de traer expertos, estableció un programa permanente de becas al exterior en el campo de las artes.

Toda esta política le granjeó dificultades con sectores internos y externos. Entre los primeros, sectores conservadores se empeñaron en crear condiciones para golpe de estado y se ha asumido la cifra de aproximadamente 30 conspiraciones para hacer caer al Presidente. Hubo numerosos boicots a sus actividades; la prensa, malinterpretando la libertad, mantuvo una crítica desmedida y no objetiva. Entró en enfrentamientos con las dictaduras de Nicaragua, República Dominicana y Honduras (la cual se prestaría pocos años más tarde para la invasión a Guatemala, plan armado por la CIA de Estados Unidos). Pero sobre todo con Estados Unidos, donde las leyes laborales y de tierras fueron vistas con el prisma de la gigantesca empresa bananera, United Fruit Company, la cual estuvo ejerciendo presión sobre Arévalo para revocar sus medidas. Arévalo demandó al Gobierno de Estados Unidos retirar al embajador Richard Patterson, por su abierta intervención en los asuntos internos del país y su confabulación con la UFCO y otros sectores conservadores para derrocarlo. De igual manera declaró non-grato y expulsó del país al agregado militar de la Embajada de Estados Unidos, el coronel Devine, por su "*bien probada*" participación en el complot de abril de 1948. (Arévalo 1998)

Arévalo fue el primer Presidente guatemalteco en el Siglo XX en entregar constitucionalmente el mando (marzo de 1951) y el segundo en toda la historia independiente del país. Esta revisión sociopolítica no estaría completa sin aludir a su sucesor y que ayuda a comprender las relaciones entre Estados Unidos y Guatemala. Jacobo Árbenz tomó posesión en marzo de 1951, con un margen absoluto de votos a favor suyo. Su discurso planteó un programa claro de Gobierno cuyas innovaciones pueden sintetizarse en lo siguiente: recuperación de la soberanía nacional en la salida al Atlántico; recuperación de la soberanía nacional en las instalaciones portuarias del Atlántico; recuperación del control nacional en la generación de energía eléctrica (ninguna medida de éstas contemplaba nacionalizar las empresas estadounidenses sino crear competencia); transformación económica para hacer de Guatemala un país capitalista desarrollado; punto fundamental de esto fue la reforma agraria, a efecto de abolir de una vez las relaciones semif feudales en el campo y aumentar la capacidad productiva. En síntesis, la liberación económica y política del país, totalmente sujeto a los intereses de Estados Unidos: puertos, rutas marítimas, poder eléctrico, todo lo que la economía nacional necesitaba. Y en el fondo, profundo sentido de dignidad nacional.

Se dio total libertad de expresión (aun a costa de la seguridad del Estado), de prensa, de organización; fortaleció el movimiento sindical, las organizaciones obreras más la presión sobre el latifundio, fortaleció la oposición al Gobierno. El Arzobispo, aliado y amigo del dictador Ubico y admirador de Franco en España, y los grandes finqueros, clamaron públicamente por la subversión. La compañía frutera amenazó abiertamente y el Gobierno de Eisenhower tomó partido oficial con la empresa. El Secretario de Estado de Estados Unidos, John Foster Dulles y su hermano, el director de la CIA Allan Dulles, eran empresarios de la empresa bananera. La conspiración de las dictaduras del área, más Estados Unidos y los sectores más conservadores en Guatemala, unieron fuerzas y el Gobierno de Eisenhower decidió derrocar al Presidente Árbenz. El embajador Peurifoy habló sin ambages. Estados Unidos convocó en Caracas a una Conferencia continental de la Organización de Estados Americanos, OEA, hegemónizada por Estados Unidos, en la cual se condenó a Guatemala y se dejó la puerta abierta para la invasión. Sólo un voto en contra: la propia Guatemala y 2 abstenciones: México y Argentina. La CIA lanzó la Operación Success (Éxito) y el 18 de junio de 1954 se inició la invasión de Guatemala desde Honduras, con apoyo de aviones y pilotos estadounidenses. El mismo embajador John Peurifoy, con implementos militares monitoreaba el paso de los aviones y la guerra misma¹⁸. Todo terminó el

¹⁸ “*Jacobo, knock-out!*; “*Con estas palabras inició sus declaraciones el señor John E. Peurifoy, embajador extraordinario y plenipotenciario de los Estados Unidos de Norteamérica, en la República de Guatemala. “La conferencia se celebraba en el salón de recepciones de la embajada. Mister John E. Peurifoy había recibido a los corresponsales en perfecta caracterización de campaña; camisa kaki, barba de setenta y dos horas y revólver texano a la cintura...Eran las tres y media de la tarde del domingo 27 de junio de 1954. “Jacobo, knock-out!- volvió a repetir su excelencia, saboreando las palabras...esta noche a las nueve, Jacobo hará pública su renuncia por la radio....*

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

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

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

27 de junio cuando Árbenz, sin medios efectivos para mandar a las tropas, renunció a la Presidencia. El derrocamiento de Árbenz *“sin la ayuda moral y material de Estados Unidos, no hubiera triunfado”* (Historia popular de Guatemala 1998)

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

Ante el primer aviso internacionalmente difundido en octubre de 2010 de los experimentos humanos en Guatemala en la década de los 40 del Siglo XX, la ubicación de los mismos en el período del Dr. Arévalo hizo que, para muchos, la sorpresa fuera mayor. Con el paso del tiempo, se ha vuelto un lugar común afirmar que ha sido el mejor Presidente que ha tenido Guatemala. Independientemente de la veracidad de esto ¿Cómo era posible que fuera precisamente durante su mandato de índole social y popular que hubiesen ocurrido estos experimentos con gente pobre y vulnerable? Una primera pregunta inevitable fue: ¿por qué en Guatemala? Y una segunda: ¿Por qué durante el período de la Revolución democrática de Octubre? Cualquiera la respuesta, en ese contexto histórico social de Guatemala XX, deben encuadrarse los experimentos.

En esta sección se recogen textualmente fragmentos escritos de Arévalo como Presidente, entresacados de sus numerosos discursos y algunos otros documentos, con el objetivo de tener una imagen de su pensamiento respecto de temas cruciales de la política nacional y que son atinentes a las respuestas. Por un lado, estuvo el objetivo de encontrar mención presidencial a dichos experimentos; por el otro, poder en lo posible desentrañar de alguna forma su modo nacionalista de pensar y apreciar a la sociedad nacional. Para iniciar, una simple línea con su visión de la Revolución guatemalteca: *“El pueblo de Guatemala encabezó en América este movimiento continental de liberación.”* (Arévalo 1987(a)).

5.4.1 Visión socio antropológica del país del Presidente Arévalo.

Acerca de la gran importancia del tema indígena en Guatemala en aquellos años, Arévalo visionariamente escribe: *“Una notable porción de los habitantes indígenas del país vive todavía en estado de guerra con el blanco”*. Que lo indígena sea mayoría no es lo grave *“sino que esa mayoría carece de unidad racial, de unidad lingüística, de unidad de costumbres.... De allí la enorme dificultad de penetrar en ellas con un mismo programa, con unos mismos equipos, con unos mismos misioneros, con una sola lengua”*. Es equivocado el criterio de *“incorporar al indio a la cultura occidental”*. Desde su propia cultura habría que *“incitarlos a su propio desarrollo... a su rápido desenvolvimiento económico y financiero”*. No se puede planificar desde arriba sin los indígenas y por eso convocó a un Congreso de Maestros Indígenas (Arévalo 1998). En el mismo orden de ideas y en otro momento, se convocó al *Primer Congreso Lingüístico Nacional* por parte del Instituto Indigenista, creado justamente en su Gobierno (Arévalo 1998)... Para el 6º. Censo General de Población, Arévalo hizo participar al Instituto Indigenista Nacional, lo cual es

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

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

“¡Pero usted había tomado todas las medidas! “-¡Sí!...y el Ejército no me ha fallado.” (Revuelta 1980)

indicativo del interés por el tema étnico y probablemente bajo asesorías específicas (Arévalo 1998)... Más allá de los linderos étnicos, Arévalo en su discurso de toma de posesión, en 1945 habló de la protección al trabajador, al campesino, al enfermo, al anciano y al niño. Simpatía por el hombre que trabaja en los campos, en los talleres, en los cuarteles, en el comercio. (Arévalo 1987(a))¹⁹.

5.4.2 Su posición “antiimperialista”.

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

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

Especialmente aguda fue la confrontación del Gobierno guatemalteco con la quintaesencia del imperialismo: la monopólica United Fruit Company (UFCO). El Presidente escribe que por el futuro Código de Trabajo, los trabajadores la emprendieron contra la oligarquía y “*contra las garras imperialistas (la United Fruit Company, la IRCA, la Compañía Agrícola de Tiquisate)*...” que conspiraba “*...en resguardo de sus cuantiosos intereses, amenazados por el Código del Trabajo y por la futura Reforma Agraria*”. “*La United Fruit, montada en su potro de no reconocer el Código del Trabajo, rechaza el 18 de ese mes una petición de alza de salarios*”. Mil trabajadores de

¹⁹ En contraste con el pensamiento de Arévalo acerca de la dignidad del indígena, un alto dignatario de la Nación, Jorge García Granados, Presidente del Congreso nacional de la Revolución, a tono con una ideología dominante en América latina, escribía: “*Físicamente el indio...presenta indudables síntomas generativos....adolece de estrechez frontoparcial y su índice cefálico es menor que el normal... Es cobarde, triste, fanático y cruel. En cuanto a su inteligencia...no está, en lo general, muy por encima del primitivo instinto. Es inútil tratar de hacer comprender algo a un indígena...el látigo es su ley...No tiene ambiciones ...su pedazo de tierra, aunque no la sabe cultivar...el castigo le hace bien pronto volver a su humildad.*” (Historia popular de Guatemala 1998) **Rafael Arévalo Martínez:** “*La raza indígena es reconocidamente inferior*”. (Historia popular de Guatemala 1998)

Tiquisate, fueron despedidos por la “*Empresa norteamericana.*” Tuvo en mente un proyecto, nunca materializado, de crear una flota guatemalteca llamada a “*liberar nuestros puertos del vasallaje a que nos tenía sometidos la United Fruit Company con su gran Flota Blanca.*” La prensa “*reaccionaria ofrecía sus páginas a los anuncios de la United Fruit y de industrias norteamericanas que respaldaban a Ubico y Ponce*” “*Al Gobierno arevalista...no le hacían falta los auxilios de la pinza imperial llamada United Fruit...*” (Arévalo 1998).

Acerca del retiro del embajador de Estados Unidos, Patterson, (“*un fabricante de plumas*”), así lo describe: El Embajador Patterson representaba a la Empresa Bananera en Guatemala. “*El hombre pequeño escogido por la United Fruit para derribar a Arévalo...*” “*No se dio cuenta de que el pequeño país estaba gobernado por hombres que no deseaban desempeñar el papel de títeres...*” (Arévalo 1998). Recordar que de igual manera declaró non-grato y expulsó del país al agregado militar de la Embajada de Estados Unidos, el coronel Devine, por su “*bien probada*” participación en el complot de abril de 1948. La oposición a la hegemonía estadounidense incluyó la emisión de la nueva Ley de Petróleos, porque detrás de aquellos yacimientos de petróleo “*andaban las voraces empresas norteamericanas, con sus habituales métodos de soborno.*” (Arévalo 1998). En su discurso de entrega de mando 1951, repite una y otra vez una alegoría comparativa de dictaduras modernas latinoamericanas respaldadas por estados Unidos con el hitlerismo y a estados Unidos como los modernos “*cartaginesas o fenicias*”, sin ideales, excepto el dinero y la explotación (Arévalo 1998).

5.4.3 Su visión de las izquierdas y las derechas

A la par de su posición de izquierda moderada, Arévalo siempre dejó bien en claro su oposición al comunismo, cosa que sus adversarios nunca creyeron. En sus “*Reflexiones para comprender la situación política de Guatemala en noviembre de 1949*” expone: “*el comunismo es irrealizable en cualquier lugar de la tierra y en cualquier época de la vida del hombre.*” “*El comunismo es contrario a la naturaleza humana, es contrario a la psicología del hombre...*” “*...de ahí la superioridad de la doctrina democrática*” .” (Arévalo 1987(b)). Pero su izquierda quedó perfilada desde sus reflexiones políticas: “*Se tiene ya en Guatemala la experiencia de que los grandes finqueros del país llegarán a admitir, tarde o temprano, de buena o de mala gana, la quiebra del feudalismo económico representado por las ganancias “monstruosas” de una familia, mientras los mozos se mueren porque no tuvieron a tiempo unas pastillas de quinina para curarse. Ese feudalismo llegará a quebrarse, porque el ‘patrón’ no podrá nada contra las leyes sociales – que en Estados Unidos se dictaron hace cien años y hasta ahora se ‘importan’ a Guatemala.*” (Arévalo 1987(b)). En una sección, “*Revolución y Reacción: pugilato de siglos*” del mismo texto: “*El mundo marcha irresistiblemente hacia la izquierda... la exaltación de planos sociales subalternos hasta entonces y la reducción del poder político de las minorías.*” (Arévalo 1987(b))... “*En el mundo moderno, desde Cromwell y Robespierre hasta Roosevelt, la corriente social y política izquierdista crece constantemente... sin detenerse*” (Arévalo 1987(b)). Él mismo se aprecia como la izquierda: “*‘Las izquierdas’ de Guatemala, representadas en diversidad en matices por el arevalismo...*” Para sacar “*a nuestro país de su postración y situarlo de una vez por todas en nuestro siglo.*” (Arévalo 1987(b))

Por un altercado entre estudiantes universitarios y cadetes de la Escuela Politécnica, el Gobierno se sintió comprometido en un problema para la gobernabilidad de Guatemala. Arévalo tomó partido por el Ejército porque, a su decir, los universitarios *“empezaron las injurias al Ejército”*... *“ya se empieza a ver inexplicable el fenómeno del ultimátum de los estudiantes de medicina... al Presidente Arévalo* (Arévalo 1987(b)). Siempre en la sección *“Reflexiones para comprender la situación política de Guatemala en noviembre de 1949”* de la obra citada arriba, Arévalo critica la posición ideológica *“de derecha”* en la Facultad de Medicina. Ésta tuvo actuaciones que despertaron su cólera envuelta en ironía: *“He aquí por qué las 25 conspiraciones contra este Gobierno se han estrellado contra un muro de indiferencia popular o de indignación popular. He aquí por qué la petición de la directiva de la A.E.M. (Asociación de Estudiantes de Medicina) redactada en términos de ultimátum (ultimátum sugiere rendición), provocó ... un movimiento de desconfianza de parte de los trabajadores organizados* (Arévalo 1987(b)).

Arévalo dibuja la Ideología de funcionarios públicos en torno suyo. Al Dr. Bianchi, quien fue su Ministro de Salud, lo coloca en su contra como *“antiarevalista”*, estando tan cerca del Presidente (lo cual es importante en el asunto de los experimentos humanos cuando Bianchi era Ministro de Salud y que servirá de marco al distanciamiento entre cambios que culminará con la separación de Bianchi de su cargo público, como se verá más adelante). En 1946, ya con grandes tensiones políticas, *“la promiscuidad ideológica”* hacía crisis. En el Congreso: jóvenes de izquierda *“agresiva y combativa”*. En el Organismo Judicial: abogados *“defensores de un sistema de opresión capitalista”*. En el Organismo Ejecutivo: mosaico desde la extrema derecha (Toriello, Bianchi, Guirola) hasta la izquierda socializante (Acevedo, Galich). *“En el centro ‘democrático’, un poco desteñido todavía, los militares Árbenz y Arana. Arévalo se ve a sí mismo como de ‘mentalidad socializante, es decir, de izquierda democrática nacionalista’* pero la heterogeneidad de elementos escogida por él mismo lo obligaba a moverse *“pesadamente”* (Arévalo 1987(b))

Ante el ataque abierto de desafectos suyos en campaña a favor de la United Fruit Company, atacan a la pequeña prensa favorable a Arévalo y es entonces cuando *“El honorable Congreso de la República ‘interpela a los ministros Bianchi y Acevedo, exigiéndoles explicaciones claras sobre ángulos discutibles de su gestión’* (Arévalo 1998). En 1947 da las gracias a Marroquín Rojas, Álvarez y Bianchi *“que pasaba ya de los ochenta años, necesitaba descansar”* (Arévalo 1998). *“Renace el Partido Centroamericano, del Dr. Bianchi, para luchar contra.... el comunismo...y contra Arévalo.* (Arévalo 1998). El rompimiento entre ambos es ya evidente.

5.4.4 Infraestructura de salud y protección social

Segundo informe al Congreso, 1947: Para el bienestar del personal del necesitado Ejército, se obtuvieron *“9 mil camas del ejército Estados Unidos para las zonas militares”*. Algunas fueron cedidas al Ministerio de Salud y al de Educación y a la Escuela Politécnica (). Se crea el Banco de Sangre en el Hospital Militar (Arévalo 1987(b)).

En los Centros penitenciarios se mejoraron *“las condiciones materiales de alojamiento para garantizar la reclusión higiénica”*... *“se han comprado implementos para uso diario de los presos.* Se fundaron los *Patronatos de cárceles”* para cooperación y vigilancia. Y el comentario social: *“La*

infame convivencia de muchachos llamados delincuentes con presos adultos, ha desaparecido definitivamente.” “Delincuencia en el país: fenómeno directamente vinculado con la situación psicológica y económica.” (Arévalo 1987(a)).

Se creó la institución de *Guardería Infantil, comedores infantiles, guarderías para niños débiles, Jardines de Vacaciones, Maternidades Cantonales, Departamento de rayos X y Hospital Infantil en Puerto Barrios. “Los Ministros Bianchi, Aldana y Giordani prestaron a la señora Elisa (i.e. la Primera Dama) todo el apoyo que les fue solicitado”*. Se dispuso crear un *Código de Menores* con capítulo especial en *Derechos del Niño. Se fundó la Ciudad de los Niños, empeño de Orozco Posadas (“poeta y pedagogo socialista”) para huérfanos* en 1949. En ese mismo año se construyó la Colonia Bethania para obreros (Arévalo 1998)..

La preocupación de Arévalo por la salud aparece con frecuencia en sus comunicados. Menciona en su Segundo Informe al Congreso en 1947, que se construyeron 8 Consultorios de la Cruz Blanca en la capital para atención médica gratis a gente pobre. Se destinó casi medio millón de quetzales más que en el Gobierno anterior para asistencia hospitalaria.” (Arévalo 1987(a)). En marzo 1949 se inauguró el edificio para Escuela de Enfermeras, junto al Hospital Roosevelt, en construcción (Arévalo 1998). En mayo, 1948, se inaugura el Hospital de Mazatenango empezado por Ubico, el de Sololá, en Quetzaltenango, el Hospital para enfermedades infectocontagiosas. El Sanatorio y Hospital para Niños en la capital, el Hospital Infantil en Puerto Barrios y el Sanatorio Antialcohólico en la capital. Avanzados, el Hospital Roosevelt, los hospitales de Mazatenango, San Benito y el de Puerto Barrios. Iniciados el de Coatepeque y el de Jutiapa. Ampliaciones y reparaciones en los de Quetzaltenango, Amatitlán, Cobán, Retalhuleu, Antigua y el Hospital General, el Neuropsiquiátrico y San José, en la capital. Se continuó la campaña contra el tifus y la TBC. (Arévalo 1998).

5.4.5 Políticas en el campo de la salud.

En el segundo informe al Congreso, 1947, el Presidente menciona la aprobación de la Ley del Seguro Social Obligatorio elaborado por técnicos extranjeros contratados, inaugurándose el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en enero, 1948, a fin de elevar el nivel de vida del pueblo y dar protección mínima a todos los trabajadores. .” (Arévalo 1987(a)). Proyecto del Código de Trabajo. “Terminaba así la caridad pública para los trabajadores”” *un servicio que da dignidad a los trabajadores.”..... Oposición de algunos médicos de mentalidad aristocrático – capitalista”*. En el Cuarto Informe al Congreso en 1949, se comunica que el IGSS se extiende ya a los departamentos de Guatemala, Sacatepéquez, Escuintla, Quetzaltenango e Izabal (Arévalo 1987(b))

Ya desde su Primer Informe al Congreso, en marzo de 1946, Arévalo le dio gran importancia al primer *Congreso Hospitalario* con médicos nacionales de todas las tendencias políticas, el 12 de abril en *Quetzaltenango* para analizar la gran cuestión sanitaria en el país y normar la política oficial en la materia. *El Ministro Bianchi y el Director de Asistencia Social (Doctor Aldana) fueron los artífices de aquel Congreso*. “El gobierno está ya resolviendo los temibles problemas relativos a la *niñez desamparada, a los enfermos, a los ancianos y a la mendicidad.*” .” (Arévalo 1987(a)).

En 1947 el Dr. Luis Galich se constituye en Director General de Sanidad y el Dr. Guillermo Balz, Subsecretario de Salud Pública. Más tarde, *“en vez del aranista (descalificación) Guillermo Morán, designé Ministro de Salud Pública al Dr. Bernardo Aldana, amigo de mi mayor intimidad y gran médico que venía colaborando con nosotros desde los comienzos del Gobierno.”* . El Dr. Giordani dejó vacante el Ministerio de salud el cual fue ocupado por un viejo amigo de Arévalo, el Dr. Augusto González (Arévalo 1998).

Acerca de las Instituciones de salud atinentes a los experimentos, se ha buscado con especial atención entre los escritos citados, todo lo que en palabras del Presidente Arévalo tuviera que ver, directa o indirectamente, con los experimentos humanos. Como resultado expondremos tal como aparecen, citas textuales de Arévalo.

En el Tercer informe al Congreso, 1948, el Presidente Arévalo expone que *“en febrero de 1947 se fundó el Instituto Nacional de Investigaciones Científicas, con el fin de estudiar los problemas biológicos del país: este instituto, de altos fines culturales, funciona dentro de la Dirección de Sanidad Pública y se halla dirigido por un sabio guatemalteco de renombre científico.”* (Arévalo 1987(a)).

En el Tercer informe al Congreso, 1948, es mencionado que En julio de 1947, en la capital, se llevó a cabo la 1ª. Asamblea General de Cirujanos Militares *“para tratar del plan profiláctico venereológico de emergencia. A la mencionada Asamblea asistieron los médicos y cirujanos que prestan sus servicios en el Ejército.”* (Arévalo 1987(a)).

En el Tercer informe al Congreso, 1948: *“Capítulo importante constituye la reorganización del Hospital Neuro psiquiátrico, con el asesoramiento de técnicos extranjeros. Por primera vez en Guatemala se le dio al problema su verdadera importancia y en labor conjunta con los Ministerios de educación y Asistencia Social se desarrolló un ciclo de conferencias sobre materia psiquiátrica, a cargo de eminentes sabios extranjeros invitados por el Gobierno. Como consecuencia inmediata de ese curso superior quedó fundada la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Guatemala, con sede en el Hospital Neuro-psiquiátrico.”* (Arévalo 1987(a)).

En cada capítulo de esta extensa información, Arévalo dedica casi siempre al final de capítulo, breves notas informativas de los acontecimientos mundiales más relevantes, por supuesto referentes a la II Guerra Mundial. En dos páginas dedicadas a esto, el Dr. Arévalo dice de los procesos contra los nazis literalmente lo siguiente: *“El Tribunal de Nüremberg dicta sentencias y son ejecutados los principales prisioneros nazis.”* (Arévalo 1998).

5.4.6 Programa con expertos extranjeros en el país.

Característica notoria del gobierno de Arévalo fue la política de traer a muchos profesionales extranjeros relevantes en varios campos, no sólo salud, para que trajeran conocimientos avanzados a un país tanto tiempo aislado. ¿Puede ser que Cutler haya pasado confundido en esa marea de profesores extranjeros? Leamos a Arévalo:

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

En su Tercer informe al Congreso, en 1948, escribe textualmente: *“Capítulo importante constituye la reorganización del Hospital Neuro psiquiátrico, con el asesoramiento de técnicos extranjeros. Por primera vez en Guatemala se le dio al problema su verdadera importancia y en labor conjunta con los Ministerios de Educación y Asistencia Social se desarrolló un ciclo de conferencias sobre materia psiquiátrica, a cargo de eminentes sabios extranjeros invitados por el Gobierno* (Arévalo 1987(a)).

“La Oficina Sanitaria Panamericana estableció un laboratorio serológico en Sanidad Pública, donde se adiestran varios médicos guatemaltecos” (Arévalo 1998). En el Quinto informe al Congreso en 1950: *“En el Laboratorio de Serología y Centro de Adiestramiento se realizaron cursos de serología con duración de 14 semanas y a los cuales concurren representantes de todos los países de Centroamérica, Panamá y Haití”. **“Notables experiencias sobre el tratamiento de la sífilis se han hecho bajo la dirección de este centro.”** Igualmente valiosos han sido los trabajos realizados en el Laboratorio Biológico y en el bacteriológico, habiendo practicado este último durante el año 9,313 exámenes”* (Arévalo 1987(a)).

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

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

5.5 Argumentos para un análisis 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 por su desprecio al ser humano (en su arrogancia solía decir: *“yo no tengo amigos, sólo enemigos domesticados”* (Samayoa Chinchilla). 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, lógicamente se presentan dudas justificadas que se yuxtaponen con certezas que ayudan a delimitar mejor la estructura de responsabilidades. 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.

Indudablemente cierto es que el Presidente Arévalo tomó el poder en una Guatemala atrasada y aislada. Él mismo tenía que aprender a gobernar, nunca había estado en posiciones de poder político en Guatemala. Esto lógicamente puede ser fuente de riesgos de error. El mismo Presidente Arévalo se encarga 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 autocritica. Pero en lo que no vaciló nunca en sus 6 años de mandato, fue en que su gestión constituyera una ruptura radical con las tiranías anteriores. 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 repulsión al ubiquismo. En consonancia, odiaba al hitlerismo (y se asume, a sus prácticas genocidas) así como al fascismo de Mussolini y de Franco (rompió relaciones con éste y reconoció a la República española en el exilio). Rompió asimismo con ominosas dictaduras de la región: Trujillo en la república Dominicana; Somoza en Nicaragua; Carías Andino en Honduras; Pérez Jiménez en Venezuela. En diversos sitios expresa una admiración 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 Estados Unidos que casi siempre tenían por blanco a los países de esta región americana (“*imperialistas*” las llama constantemente). Como se vio en la sección correspondiente, su choque con la compañía bananera (UFCO) fue constante e indudable por dicha razón. El gobierno de Arévalo fue el primero en América Latina que expulsó a un embajador de la poderosa nación del norte, así como al agregado militar, básicamente por interferir a favor de la poderosa empresa bananera UFCO. Está documentado que una fuerte opinión en Estados Unidos se inclinaba a considerarlo comunista en pro de la Unión Soviética (escritos, palabras y acciones durante y después de su Gobierno dicen lo contrario). El factor geopolítico que no debe pasarse por alto es que dicha época era la del nacimiento de la llamada “*Guerra Fría*”, según la cual Estados Unidos no iba a tolerar ningún “*peligro*” en su “*Patio Trasero*” y cualquier manifestación de independencia se calificaba como peligrosa. Más aun con la reciente victoria contra el fascismo en Europa y en Asia.

Así como Arévalo respetaba las instituciones democráticas y en especial las estadounidenses, más de una vez menciona en sus escritos también su respeto por los avances científicos de dicha nación y concretamente, por sus técnicos en salud a quienes invitó a venir a Guatemala. Para

humanidades, Europa y América Latina. No se concretó a ese campo, sino que, reconociendo el atraso del país y tratando de situarlo en una vanguardia latinoamericana, mantuvo como política de gobierno traer expertos extranjeros en diversas ramas: en medicina, seguro social, agronomía, humanidades, pedagogía, arte y música. A la inversa, promovió un programa de becas al exterior para artistas e intelectuales. Y casualmente o no, 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 Estados Unidos. Está documentado que hubo secretividad. Cutler y asociados guardaron los experimentos en secreto en Estados Unidos (él y sus superiores en aquel país así lo escribieron entre sí).

Hasta aquí las certezas sobre las circunstancias que rodean al Presidente Arévalo. Sin embargo hay duda en cuanto a otras y en tanto no se obtengan más detalles, no podemos sino hacer conjeturas razonadas y razonables. Por ejemplo: Arévalo sabía o se documentó sobre políticas sociales en leyes de trabajo, educación, humanísticas, política exterior. Pero nada apunta a que tuviera conocimientos precisos de asuntos médicos. Cabe preguntarse: Además de mencionar brevisísimamente esas acciones por la sífilis ¿conoció Arévalo los detalles de esas *“experiencias interesantes”* que menciona? En todo caso: ¿qué significa *“experiencias interesantes”*? ¿Involucra necesariamente *“experimentos”*. Y más aún: ¿*“experimentos en humanos”*?

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

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

Todos sus escritos y acciones concretas apuntan a retratar a un estadista de izquierda moderada, culto, humanista, benefactor que incluso se jactaba de su paternalismo social. Se autoproclamaba de izquierda moderada y se jactaba de haber creado la doctrina social que llamó *“Socialismo Espiritual”*, la definió exhaustivamente como su doctrina de gobierno y la sintetizaba en la dignidad de todas las personas; ¿encaja en tal perfil la figura de un experimentador en seres humanos?

En todo lo que se sabe de Arévalo ¿cómo se caracterizan sus políticas de gobierno y sus políticas de Estado? Puede afirmarse que en tal contexto revolucionario y arevalista preveía, como política de Gobierno, lo económico, lo social, la preocupación étnica, cultural, educativa y el sentimiento de dignidad nacional.

6. Contexto de la salud

6.1 Influencias internacionales

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

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

Este modelo “bismarckiano” había creado el primer sistema de medicina social y que inspiró la generación de los sistemas de seguridad social en el resto del mundo occidental, y aún cuando la Segunda Guerra Mundial frenó el desarrollo de estos procesos, su influencia permaneció hasta el período de las post guerra, siendo una parte esencial en los llamados Estados de Bienestar²⁰. Esta propuesta de Estado fue desarrollada en Inglaterra, Rusia, Japón, Canadá, Chile entre otros.

En América Latina, este período de post Segunda Guerra Mundial se ha llamado el del Estado desarrollista y se asocia al desarrollo capitalista más avanzado, *“al contrario de lo que creían los economistas clásicos se empezó a pensar que el desarrollo económico y la modernización de la sociedad podían ser promovidos, ser el resultado de decisiones racionales, de estrategias elaboradas y aplicadas mediante decisiones políticas desde el Estado”* (PNUD 2010)

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

²⁰ Estado de bienestar es un término de las ciencias políticas y económicas que designa propuesta política o modelo general del Estado y de la organización social, según la cual el Estado provee ciertos servicios o garantías sociales a la totalidad de los habitantes de un país. Es Estado de Bienestar se contraponen a la propuesta liberal en la que es el mercado el que asigna los recursos y no el Estado, el cual no debe intervenir en la economía.

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

En el período posterior a la Segunda Guerra Mundial ocurren los juicios contra los nazis quienes habían infringido ofensas de lesa humanidad entre las que se contaban, más allá del exterminio masivo de personas, el haber realizado atroces experimentos con humanos. Estas ofensas dieron lugar a la proclama conocida como Código de Nuremberg, que se constituyó en la normativa ética de la investigación. Es en esa época también cuando se gesta la declaración Universal de los Derechos Humanos, donde se incluyen el derecho a: el trabajo, igual salario por igual trabajo, protección contra los efectos de la enfermedad, la vejez, la muerte, la incapacidad y el desempleo involuntario, el derecho a percibir un ingreso que asegure una existencia conforme a la dignidad humana, disfrutar un nivel de vida adecuado que garantice la salud y el bienestar, disponer de descanso y de tiempo libre, y tener un amplio acceso a la educación y la vida cultural de la comunidad. (Tejada pardo 2005).²¹ En la teoría de los derechos humanos se argumenta que los derechos individuales, también llamados civiles y políticos, son de tipo negativo pues solo pueden ser quitados; mientras que los derechos colectivos como la educación y la salud son positivos pues necesitan la acción habilitadora del Estado para su garantía. (OMS 2002)

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

Dado el papel hegemónico de los Estados Unidos en el mundo, y su poderosa influencia en América Latina, los esfuerzos sanitarios se centraron en la protección de sus intereses económicos

²¹ *Esta declaración de los Derechos Humanos genero tensiones y controversias entre quienes abogaban por los derechos individuales (civiles y políticos) y quienes se inscribían en la corriente de los derechos colectivos o Económicos, Sociales y Culturales. Con el devenir del tiempo esta tensión dio origen a dos declaraciones separadas en 1966 (OMS 2002)*

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

6.2 Algunos apuntes del contexto demográfico económico y epidemiológico

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

El 73 por ciento de la población económicamente activa se dedicaba a la agricultura, y el 13 por ciento se ocupaba en actividades relacionadas con la industria. La economía guatemalteca, estaba compuesta por tres sectores: la producción de alimentos y materias primas para el consumo doméstico, los cultivos de exportación y la incipiente industria. El producto nacional bruto (PNB) para 1947-48 se estimaba en Q335 millones, del cual el 57 por ciento tenía como fuente la agricultura. El sector manufacturero representaba el 14 por ciento del PNB (Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales –ICEFI- 2007)

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

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

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

El perfil de la mortalidad general al iniciar el período revolucionario era de 17 defunciones por cada 1000 habitantes y la mortalidad infantil de 102.7 defunciones en menores de un año por cada 1000 nacidos vivos.²² El analfabetismo en la población indígena era de 90% y de 72% para la población ladina. (Asturias 1989).

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

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

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

La idea de una institución de salud del Estado, generó oposición de los médicos que ejercían la profesión liberal, argumentando que este modelo de “medicina social” acabaría por absorber a los

²² *Para efectos de comparación, la tasa de mortalidad general para el 2010 era de 5.04 por cada mil habitantes y la tasa de mortalidad infantil para 2008.2009 era de 30 defunciones en menores de un año por cada 1000 nacidos vivos. No obstante que en el caso de la mortalidad infantil se considera inaceptablemente alta y una indicador del fracaso del sistema de salud en proveer atención a la población, permite imaginar el reto que significaba para la época enfrentar el problema, en condiciones de un sistema de salud emergente y débil.*

médicos en detrimento de su práctica privada. Los médicos estaban asociados en una organización llamada Federación Médica, la cual dio lugar a la formación del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, cuyos preceptos fundadores fueron la defensa de la práctica liberal de la medicina. (Asturias 1989).

Mientras se dirimían las diferencias de quienes estaban a favor y en contra de la instauración de un sistema de seguridad social, las acciones de la salud continuaban bajo la dirección de la autoridad sanitaria nacional, que se perfilaba extremadamente debilitada financieramente y que seguía funcionando bajo el enfoque de “reparación” de la fuerza de trabajo en las fincas bananeras de Izabal y la costa sur influenciada por la Oficina Sanitaria Panamericana que velaba por los intereses estratégicos de los Estados Unidos. Esta institución, era el vínculo que facilitaba las relaciones de las autoridades sanitarias locales con el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, quienes proveían entrenamiento a profesionales guatemaltecos en la lucha contra la malaria y las enfermedades venéreas (Reverby 2011)

6.3 Marco legal y conceptual de la salud, vigente en la época de análisis

6.3.1 Los conceptos

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

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

6.1.1 El marco jurídico internacional

La vida humana constituye por supuesto un bien jurídico fundamental el bien supremo y entorno a ella giran las obligaciones primordiales de los Estados, los derechos radicales del individuo y las medidas más enérgicas de protección. De su incolumidad depende el ejercicio de otros derechos. Se trata, pues de un derecho esencial condicionante de los restantes. De ello coincide, esencialmente, bioética y el régimen nacional e internacional de los Derechos Humanos. La jurisprudencia interamericana aprecia una doble vertiente en la protección de la vida en el caso

específico sobre los experimentos que nos ocupan. Por una parte, la vertiente negativa que se traduce en abstención del Estado: Rechazo de la privación arbitraria de la vida. Por otra parte la vertiente positiva cada vez es más explorada por la jurisprudencia interamericana que implica, conductas públicas positivas.

No sobra recordar que el cumplimiento del deber jurídico del Estado de Guatemala en cuanto de la tutela de la vida y la integridad implica la observancia de norma éticas y de reglas de *lex artis*. El Estado de Guatemala tiene:

Obligaciones directas de acción o prestación que entraña responsabilidad por conductas activas u omisivas imputables a la responsabilidad de otros Estados y;

Obligaciones de cuidado o diligencia en relación con la situación y el deber de garante que corresponde al propio Estado.

En este caso específico por la ratificación de la declaración Universal de Derechos Humanos de Naciones Unidas y la Declaración Interamericana de Derechos y Deberes del Hombre por parte de Guatemala y EE.UU ya que ambos Estados a partir de esa ratificación tienen la obligación de garantizar las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y en particular el deber de los Estados de impedir que sus agentes atenten contra él. En esta forma queda de manifiesto los deberes de los EE.UU. y de los Estados de reconocer, respetar y garantizar los derechos de la persona conforme el artículo 1 de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre y 1.1 de la Convención Americana de los Derechos Humanos a la cual EE.UU. no la ha ratificado así como el artículo 1 y 2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Porque el ser humano es el titular de los derechos a los que hemos pasado revista además de titular, asume la comisión de demandante de reconocimiento, respeto y tutela con amplia facultad para plantear quejas y denuncias a propósito de la violación de derechos cubiertos por el sistema de protección aunque sea todavía limitada su legitimación para promover el proceso internacional a través del ejercicio de la acción correspondiente. Guatemala entonces en nombre de sus ciudadanos posee, pues, la noble condición de titular y demandante en relación con derechos que frecuentemente 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.

Al examinar la cuestión en el caso de Guatemala es preciso tomar en cuenta el profundo componente moral explícito de los Derechos Humanos, que irradia sobre todas las expresiones y protecciones de estos. Las hay directas, que concierne al derecho a la vida y a la protección de la salud, y las hay indirectas que atañen a otros derechos que acogen cuestiones éticas acentuadas: con la protección de la familia en esencia, así como las obligaciones de los Estados puntualizadas en el artículo 1.1 de la Convención Americana de los Derechos Humanos (Convención a la cual EE.UU. no es miembro), pero sí lo es de la Declaración Americana y Universal de Derechos Humanos, lo que atribuye al Estado una condición de garante que se extiende a todas las personas

bajo su jurisdicción de la Declaración. A este respecto se analiza la conducta total del Estado: activa y omisiva en la inteligencia de que no es inmediatamente responsable de todo lo que ocurra en su jurisdicción, pero su responsabilidad se circunscribe al comportamiento activo de sus agentes, órganos o funcionarios, en este orden hay que traer a coalición los diversos extremos de la imputabilidad a) acción, que es la hipótesis más evidente, b) omisión, que deviene reclamable cuando exista el deber de actuar a cargo del Estado.

En el *Corpus Juris* interamericano y nacional en el caso de Guatemala hay ideas conceptos o disposiciones fundantes, limitantes o conexas con una eventual posesión continental en materia de bioética, considerando tanto el marco de los Derechos Humanos fundamentada en la Declaración Americana de Derechos y Deberes del hombre de 1948, cuya eficacia vinculante posee fuerza obligatoria fundante en el caso de los experimentos en nuestro país, porque recoge los Derechos Humanos a los que se refiere a título de principios, en la carta de la Organización de los Estados Americanos, que reviste la naturaleza de tratado internacional.

La Declaración Americana tiene un notorio componente ideológico que enlaza con las ideas en que su sustenta el movimiento bioético internacional. Se advierte en los considerandos y en el preámbulo de la declaración. Sobre ese cimiento ideológico se instala la porción normativa del instrumento en la que se conviene destacar, para los fines de esta analogía jurídica, los artículos 1. Todo ser humano tiene derecho a la vida... XI que reconoce el derecho a preservación de la salud, pero en sí la Declaración Americana aborda derechos civiles y políticos y derechos económicos sociales y culturales, que son las dos categorías de un mismo acervo de derechos fundamentales. La carta de OEA que tiene valor normativo en el presente caso de Guatemala contiene referencias particulares en las que se destaca la alusión directa a los beneficios que puedan provenir de la ciencia médica. Alusión que posee trascendencia para el tema de los Experimentos en nuestro país, como lo es el artículo 34 de la carta de la OEA ratificada por Guatemala y EE.UU. donde se dispone que los Estados dedicaran sus máximos esfuerzos a la defensa del potencial humano mediante la extensión y aplicación de los modernos conocimientos de la ciencia médica. La alta importancia de los derechos asociados a la vida humana y a la salud de las personas se muestra en su intangibilidad absoluta.

El ser humano es el titular de los Derechos a los que se ha pasado revista pero la violación de los Derechos Humanos en el caso de los experimentos humanos queda evidente en el análisis anterior la violación de derechos humanos de lesa humanidad. La persona, pues, posee no solo una doble condición de titular y demandante pero es obvio que esas situaciones o circunstancias varían en el tiempo y el espacio y adquieren rasgos propios que explican y justifican en acento que la sociedad ponen en ellas, así como el tratamiento específico que se requieran para proveer a los temas bioéticos inmersos en la carta de la OEA.

A manera de conclusión de este apatado, en el régimen internacional de los Derechos Humanos en el hecho ilícito que genera responsabilidad del Estado que en este caso es el de EE.UU. que constituye en presupuesto normativo para la aplicación de ciertas consecuencias reunidas bajo la denominación genérica 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 eses régimen internacional y sosteniendo la eficacia del derecho objetivo; b) crear o restaura las condiciones idóneas para el curso de las relaciones sociales y jurídicas lo cual implica la prevención de futuras violaciones, y; c) resarcir en el amplio sentido a las víctimas de la infracción, en este caso al Estado de Guatemala

6.1.2 El Marco jurídico nacional

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

Aún cuando no se hacía explícito, si se utilizan los conceptos actuales de producción social de la salud y la promoción de la salud, es posible ver en la legislación constitucional del 45 algunos elementos que, si bien no son directamente relacionados al ámbito sanitario, sí impactan en las condiciones que generan salud. Quizás lo más relevante en este sentido es lo relacionado al trabajo, la recreación, la participación social y de manera directa la creación del IGSS.

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

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

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

Por su parte el artículo 24, hacía referencia al Estado de Derecho, preceptuando que *“Los funcionarios no son dueños sino depositarios de la autoridad, sujetos y jamás superiores a la ley y siempre responsables por su conducta oficial. En tal concepto, ningún organismo del Estado ni funcionario público tiene más facultades o autoridad de las que expresamente les confiere la ley. La responsabilidad civil de los funcionarios y empleados públicos por cualquier transgresión a la ley, cometida en el desempeño de su cargo, podrá deducirse en todo tiempo mientras no se haya consumado la prescripción, cuyo término será de diez años. La responsabilidad criminal se*

extinguirá por el transcurso de doble tiempo del señalado por la ley penal. En ambos casos, el término de la prescripción comenzará a correr desde que el funcionario o empleado público hubiere cesado en el ejercicio del cargo durante el cual incurrió en responsabilidad.... Si el funcionario o empleado público, en el ejercicio de su cargo, infringe sus deberes en perjuicio de tercero, el Estado o la corporación a quien sirve serán subsidiariamente responsables de los daños y perjuicios consiguientes...”

En el código de sanidad vigente²³, se estableció la organización de la acción sanitaria en el país, con el objeto de velar por la salubridad general e higiene pública. En dicho instrumento legal quedó claro que el Director General de Sanidad, es la autoridad directamente encargada de la acción sanitaria, y como tal le corresponde la administración general del servicio y quien sería nombrado por el Presidente de la República.

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

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

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

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

²³ *el decreto 1877, promulgado el 7 de septiembre de 1936, durante el gobierno de Jorge Ubico, código de sanidad, reformado por el decreto 1486 del 18 de diciembre de 1936*

En otro cuerpo legal, pero no vinculado directamente a la salud, se tipifica con claridad como un delito lo actuado en los experimentos: el código penal vigente en esa época²⁴ establece los sujetos que son responsables criminalmente: clasificándose en autores, cómplices y encubridores, estableciéndose que toda persona responsable criminalmente de un delito, lo es también civilmente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

²⁴ Decreto número 2164 de la asamblea legislativa de la república de Guatemala del 25 de mayo de 1936, código penal.

Además de lo expuesto arriba, en la literatura disponible, no parece haber más referencias sobre la regulación del ejercicio de la profesión médica y su comportamiento ético; sin embargo ya existía un código deontológico que junto con el juramento hipocrático, normaban el comportamiento de la profesión médica, aún cuando la naciente organización Colegio de Médicos de Guatemala, no había incluido este tipo de consideraciones en su estatuto fundante.²⁵

7. La autoridad sanitaria

7.1 Fundación y organización

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

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

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

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

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

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

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

Este último personaje es quien tiene la responsabilidad directa de haber permitido los experimentos con los internos en dicho centro asistencial; con el agravante de que según lo declarado por Cutler en el informe, fueron las autoridades del asilo quienes le solicitaron inocular una emulsión de espiroquetas intra cisternalmente en pacientes epilépticos deteriorados y débiles, con el argumento de que esto podría ayudarlos en el tratamiento. (Archivos personales Cutler, excerpts of experimental summaries, cronology 1947-1948). Aún cuando existía un procedimiento definido para la referencia de pacientes al asilo, se recibían pacientes enviados por los jefes políticos, jueces y comandancias de armas por lo que no hay certeza de la acuciosidad en el diagnostico de trastornos mentales de los internos (se incluía a epilépticos y alcohólicos)

Los recursos del sistema de salud eran exiguos. En un comunicado de Cutler a su jefe, describe las condiciones del asilo de alienados como deplorables: falta de medicamentos, falta de insumos básicos como sabanas y utensilios para la alimentación.²⁶

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

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

7.2 Actores y responsabilidades

Es muy difícil afirmar categóricamente que los funcionarios públicos que se encuentran en los puestos más elevados de las estructuras administrativas, no solo conocen en su totalidad lo que los funcionarios menores hacen, sino que fundamentalmente lo ordenan, lo autorizan y/o lo avalan. Un mecanismo administrativo que exonera de responsabilidad formal a los funcionarios menores, ocurre cuando las instrucciones y las órdenes fluyen de arriba hacia abajo en una línea jerárquica. Es decir que los funcionarios menores únicamente cumplen con lo que las autoridades

²⁶ *Es a partir del reconocimiento de estas carencias que Cutler declara que al cambiar de metodología y sujetos de experimentación, desde prisioneros y soldados a pacientes internados en el asilo; los recursos económicos utilizados en el pago de pacientes, serán utilizados en la compra de insumos para el asilo. (Archivos personales Cutler, excerpts of experimental summaries, part I)*

les ordenan. En el caso de los experimentos con seres humanos realizados en Guatemala en los años 40s no ocurrió esto. El programa de investigación y los experimentos no fueron determinados ni aprobados jerárquicamente por las autoridades guatemaltecas, sino que por un equipo de médicos estadounidenses bajo el amparo de un convenio internacional. Esto, sin embargo, no exime de responsabilidad a las autoridades de la Dirección de Sanidad Pública y a las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que no cuestionaron lo que se estaba haciendo, que pusieron a disposición los recursos, y permitieron que se usaran las funciones institucionales (salud pública y asistencia social) para facilitar “material humano” para hacer los experimentos.

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

Desde el lado guatemalteco el caso tiene dos componentes definidos por relaciones de dependencia y subalternidad. El primero es un convenio cooperativo entre la Dirección General de Sanidad Pública y la Oficina Sanitaria Panamericana, firmado por altas autoridades guatemaltecas que le permitió a un grupo de médicos estadounidenses de reconocido prestigio, con el respaldo y los recursos económicos de la Oficina Sanitaria Panamericana, realizar “adiestramiento e investigación” sobre enfermedades venéreas en Guatemala. (Funes 1948) El segundo componente es el conocimiento detallado e informado que las autoridades que firmaron el convenio pudieron haber tenido de lo que se realizó por el equipo de médicos estadounidenses y guatemaltecos involucrados en el proyecto.²⁷ Las preguntas que surgen inmediatamente son las siguientes: ¿Qué tanto pudieron conocer y avalar las altas autoridades guatemaltecas sobre los experimentos con seres humanos que se hicieron en el *Laboratorio de Adiestramiento e Investigación de las Enfermedades Venéreas de la Oficina Sanitaria Panamericana*? ¿Hasta dónde pudo llegar su

²⁷ Estos detalles fueron descubiertos por la Dra. Susan M. Reverby y dados a conocer en mayo de 2010 en la reunión anual de la American Association for the History of Medicine. Fueron publicados en: Susan M. Reverby, “Normal Exposure” and Inoculation Syphilis: A PHS “Tuskegee” Doctor in Guatemala, 1946-48,” *Journal of Policy History*, Vol. 23, No. 1, (2011). La colección de aproximadamente 12,000 páginas de correspondencia, reportes, fotografías, y fichas de pacientes relacionada con los experimentos realizados en Guatemala fue donada en septiembre de 1990 a la Universidad de Pittsburg por el Dr. John C. Cutler. En octubre de 2010 fueron trasladados a los National Archives en Atlanta. El 29 de marzo de 2011 fue liberada y colocada en línea, por lo que puede consultarse en <http://www.archives.gov/research/health/cdc-cutler-records> o físicamente en los National Archives en Atlanta, Georgia.

responsabilidad? ¿Qué factores institucionales permitieron que esto fuera posible? Y quizá lo más importante ¿Están vigentes esos factores?

Puede afirmarse que todo lo realizado por el personal del *Laboratorio de Adiestramiento e Investigación de las Enfermedades Venéreas de la Oficina Sanitaria Panamericana* se hizo bajo el amparo del convenio firmado por la Dirección de Sanidad Pública y la Oficina Sanitaria Panamericana. Los médicos estadounidenses que dirigieron los experimentos actuaron con total libertad haciendo uso, no sólo de las instalaciones y de las funciones de la Dirección General de Sanidad—fundamentalmente de la *Sección de Profilaxis y Enfermedades Venéreas*—sino que también de las personas a las que la Dirección debía atender (personas con enfermedades venéreas, enfermos mentales, niños). Además la propia estructura administrativa permitió extender los estudios a otras instituciones como el Hospicio Nacional y el Hospital Neuropsiquiátrico que dependían de la Dirección de Sanidad Pública.

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

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

La subalternidad profesional de los médicos guatemaltecos ante el enorme prestigio de los médicos estadounidenses es evidente. Todo parece indicar que el equipo de médicos estadounidenses no estuvo sujeto a ningún tipo de supervisión de las autoridades de la Dirección General de Sanidad, sino que estuvieron sujetos a mecanismos de seguimiento y control desde los Estados Unidos. La función de las autoridades guatemaltecas se limitó a la “cooperación” o facilitación de todo lo que fuera necesario para la realización de los experimentos. Todo parece indicar que ni las autoridades ni los médicos guatemaltecos tomaron las decisiones en el proyecto.²⁸ No se ha localizado información sobre cómo se designó al personal guatemalteco que se integró al equipo de médicos estadounidenses que realizaron los experimentos. Aunque se

²⁸Ver correspondencia del Dr. Cutler en <http://www.archives.gov/research/health/cdc-cutler-records>

deduce que el Dr. Juan María Funes, Jefe de la Sección de Profilaxis y Enfermedades Venéreas fue designado oficialmente como contraparte guatemalteca en el proyecto.

Dos fuentes fundamentales para el análisis de lo que se dio a conocer públicamente sobre los experimentos son las revistas *SANIDAD*, Revista Científica de la Dirección de Sanidad Pública, y *Salubridad y Asistencia*, órgano del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estas publicaciones oficiales permiten conocer no solo lo que los funcionarios de la Dirección de Sanidad Pública informaron oficialmente a sus superiores, sino lo que hicieron accesible al público en general.²⁹

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

La revista *Salubridad y Asistencia* fue concebida como órgano oficial de difusión del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. En ella se publicaban los informes de cada una de las dependencias que conformaban el Ministerio. En el informe publicado en octubre de 1948 el Dr. Francisco Salazar, Sub-director de la Dirección de Sanidad Pública menciona que además de las secciones con que contaba la Dirección de Sanidad Pública, se encontraba “el Laboratorio de Adiestramiento e Investigación de las Enfermedades Venéreas de la Oficina Sanitaria Panamericana.” (Salubridad y Asistencia 1948 (a)) Asimismo, menciona que la Dirección de Sanidad también estaba realizando una campaña contra el tifus en cooperación con la Oficina Sanitaria Panamericana. Un aspecto importante es la mención de que tanto el Hospicio Nacional, del cual era Director el Dr. Héctor A. Aragón, como el Hospital Neuropsiquiátrico, bajo la dirección del Dr. Miguel F. Molina, eran centros de Asistencia Social que dependían de la Dirección de Sanidad Pública. Aunque no la vincula directamente con el Laboratorio de Adiestramiento e

²⁹ “Nace esta Revista respondiendo a la conveniencia de divulgar la obra que realiza el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y a las ventajas que entraña el centralizar en un solo órgano de publicidad los Boletines y folletos redactados hasta ahora por sus diversas dependencias.” (Salubridad y asistencia 1948)

Investigación, el Dr. Salazar menciona la Sección de Profilaxis Sexual y Enfermedades Venéreas y su anexo, el Hospital de Venéreas.³⁰

En el segundo número de la revista correspondiente a noviembre de 1948 se publicó la conferencia “Prostitución y enfermedades venéreas”, dictada por el Dr. Luis F. Galich, Director General de Sanidad Pública, en el Ateneo García Lorca. El Dr. Galich dice que la prostitución “ya no se persigue, ni se estigmatiza, lo único que se busca es cortar la cadena de contagios por un trato humano de las prostitutas e interés en curar, en mantener la inocuidad de ellas.” Según sus propias palabras, en 1946 trabajó con el Lic. Ydígoras Fuentes y el Dr. Juan M. Funes en la elaboración de un proyecto de nuevo reglamento de la prostitución en el que proponían limitar la prostitución, eliminar el “reglamentarismo” e instituir el “delito venéreo”, en otras palabras declarar delito el contagio de enfermedades venéreas³¹. Galich había sido Jefe de la Sección de Profilaxis Sexual y Enfermedades Venéreas por lo que evidentemente tenía conocimiento e interés por el tema.³² (Funes 1948) En cuanto a lo que estaba haciendo en la Dirección de Sanidad Pública dice: *“En la lucha contra las enfermedades venéreas, puedo decir con toda satisfacción que hemos hecho grandes progresos, no solo por los medios de curación con que contamos; no solo por las facilidades para diagnosticar que utilizamos, sino que sobre todo por la colaboración amplia y entusiasta de médicos, enfermeras y técnicos, que nuestros colaboradores ponen en su diaria tarea silenciosa”*. (Salubridad y Asistencia (b))

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

En el artículo se indica que a partir de 1945 hubo un control riguroso de todas las dependencias de la Sección de Venereología y que desde agosto de 1946 empezó a funcionar el “Centro de adiestramiento e investigación de las enfermedades Venéreas”. Este fue creado por medio de un convenio cooperativo entre la Dirección General de Sanidad Pública y la Oficina Sanitaria Panamericana. El laboratorio contaba con equipo moderno “de acuerdo con los últimos adelantos en el ramo.” Menciona la incorporación del Dr. J. C. Cutler al personal técnico, quien, además de realizar las tareas investigativas “sobre las condiciones veneropáticas existentes en nuestro

³⁰“La Sección de Profilaxis Sexual y Enfermedades Venéreas tiene como anexo o complemento el Hospital de Venéreas con 90 camas para internamiento de enfermas y 10 camas para operados; contándose además con las consultas gratuitas y Servicio Externo.”

³¹ Llama la atención el que en Guatemala, en el momento de estas declaraciones, ya existía una legislación anti venéreas, aunque no con ese nombre, si tipificado el delito de contagio deliberado en el código penal.

³²En éste artículo se hace mención de que el Dr. Luis F. Galich fue jefe de la Sección de Venereología de la Dirección de Sanidad Pública antes de que lo fuera el Dr. Juan M. Funes.

medio” impartió “instrucción a personas becadas por la Dirección de Sanidad de Guatemala y por otros países de Centro América.” Asimismo, Funes hace referencia a las “encuestas serológicas en grupos de habitantes de distintas regiones de la República.” Se centra en el trabajo que realizaron en el Puerto de San José, con niños escolares. El interés era estudiar las reacciones falsamente positivas, en referencia al Paludismo endémico en ese lugar, comparando las técnicas de floculación corrientes (Kahn, Mazzini) y las reacciones con antígeno VDRL a la Cardiolipina. Funes dice “Se obtuvo permiso de la Dirección General de Sanidad Pública para efectuar estudios en los establecimientos escolares del Puerto de San José”. En ese momento el Dr. Luis F. Galich era el Director General de Sanidad Pública.

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

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

En julio de 1949 la revista *Salubridad y Sanidad*, dedicó un número especial al *II Congreso Centroamericano de Venereología* realizado durante la última semana de abril de 1948 en el Auditorio del “Palacio de Sanidad Pública” de la Ciudad de Guatemala. (salubridad y Asistencia 1949) El Dr. Bernardo Aldana, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social inauguró el Congreso y fue clausurado por el Dr. Luis F. Galich, Secretario del Congreso y Director General de Sanidad Pública. Los doctores Carlos Salvadó, Carlos Tejeda, Juan M. Funes, y Héctor A. Aragón expusieron los resultados de los estudios serológicos realizados en el Asilo de Alienados, en el Hospital Militar, en el Puerto de San José y en el Hospicio.

Al parecer, aún cuando los funcionarios guatemaltecos no tomaron parte de las decisiones fundamentales del experimento, si conocían de su contenido una vez iniciados y no parece haberse dado oposición alguna, ¿Por qué ocurrió esto?

Para responder esta pregunta es necesario considerar tres elementos importantes que permitieron que se hicieran los experimentos en Guatemala y que no se cuestionara en su momento, estos son: (1) las condiciones de precariedad, dependencia y subalternidad del país. (2)

la relación subalterna de los médicos guatemaltecos con sus colegas estadounidenses y, (3) la marcada estructura de exclusión y marginación social en Guatemala.

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

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

No hay duda que la estructura ancestral de exclusión y marginación social en Guatemala fue un factor para que los médicos y funcionarios de salud guatemaltecos no cuestionaran los experimentos que se hicieron. Probablemente, si los estudios se hubieran planteado con otros sectores sociales, alguien los hubiera cuestionado. Sin embargo, los experimentos se hicieron con prostitutas, presos, enfermos mentales, huérfanos, soldados y niños de escuelas del interior del país. Si hubieran considerado antiéticas las pruebas serológicas realizadas con estas personas no hubieran publicado sus resultados, ni dentro, ni fuera del país. Tampoco consideraron antiético inocular gonorrea a los soldados.³³ Sin embargo, un aspecto fundamental es que no aparece

³³En la ponencia del Dr. Tejeda se menciona “Según estudios de inoculación experimental, hay una reacción parecida a gonorrea un momento después de la introducción del medio en la uretra, en un caso hubo persistencia durante 5 días o más y en otra empezó el flujo 48 horas después de la inoculación y persistió largo tiempo. En este grupo estudiado entre dos y ocho meses con cultivos, ninguno de los casos de flujo fue probado como gonocócico.” Carlos Tejeda, “Dos observaciones relacionadas con la venereología,” *Salubridad y Asistencia, Órgano del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Tomo II, Nos. 4-5-6-7 (Abril-julio 1949). Dedicado al Segundo Congreso Centro-Americano de Venereología. pp. 98-100.*

ninguna mención a los contagios de sífilis que hicieron en la penitenciaría y en el Asilo de Alienados. En ninguna publicación se hace mención de esto, ni del uso de prostitutas para contagiar “normalmente” a los reos de la penitenciaría. La evidencia indica que todos los funcionarios involucrados en el nivel ministerial (ministro, directores, investigadores) sabían de los experimentos, sus detalles y parece ser que tendían a ocultarlo a la opinión pública y científica.

8. Conclusiones generales.

8.1 Qué sucedió y quiénes fueron afectados.

1. Es indudable que los responsables fundamentales, directos e inexcusables de los experimentos hechos con seres humanos en Guatemala entre 1946 y 1948, fueron los propios investigadores y 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 proporcionen nuevas investigaciones). En efecto, la revisión de la documentación de los propios autores revela que la responsabilidad de los funcionarios y médicos del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y de la Oficina Sanitaria Panamericana es incuestionable. Ellos diseñaron, financiaron, aprobaron, respaldaron y ocultaron expresamente a la luz pública (casi en los momentos finales de los juicios de Nüremberg contra colegas nazis), la realización de experimentación biológica en Guatemala con seres humanos en confinamiento y vulnerabilidad social: prisioneros, enfermos mentales, soldados, prostitutas y niños, todos quienes, por un lado, desconocían lo que estaba haciéndose con ellos, y por el otro, no hubieran estado en condiciones de dar consentimiento ni de resistirse a ser objetos de experimentación.
2. Los sujetos sometidos a estos experimentos fueron infectados deliberada y subrepticamente con microorganismos que causaban severas enfermedades de transmisión sexual (sífilis, gonorrea y chancroide). Quienes perpetraron esto, buscaron y encontraron la facilidad de un país altamente frágil social, económica e institucionalmente por su historia inmediata, en el que sabían que podrían actuar con total libertad. Y de hecho, los médicos estadounidenses actuaron con total libertad.
3. La dirección de las acciones directas estuvo a cargo del médico estadounidense Dr. John C. Cutler, del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, quien actuó bajo la supervisión de los médicos estadounidenses, R.C. Arnold y John F. Mahoney, pertenecientes ambos al Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y al Laboratorio de Investigaciones de Enfermedades Venéreas (VDRL). Estuvieron plenamente enterados y de acuerdo, entre otros y además del Dr. Mahoney, director del VDRL, el Dr. T.B. Turner de Johns Hopkins, el Dr. Neurath y el Dr. Parran (Cirujano General de Estados Unidos). También Virginia Harding de la Oficina Sanitaria Panamericana, Mr. Portnoy; Dr. J.C. Cutler (“*es un buen amigo de Guatemala, trabaja con nosotros...*”). John Cutler y sus colegas son responsables “confesos” que tenían

plena conciencia de que lo que estaban haciendo constituía una grave violación a la ética médica y la ética de la investigación. Cutler mantuvo la confianza en que tenía una mina de oro para experimentar.

4. La “contraparte” nacional de estos atropellos fue el Dr. Juan Manuel Funes. Desde el principio, muy puntualmente el Dr. Cutler, anotó en sus papeles tener como enlace y asistencia en Guatemala, al médico Dr. Juan Manuel Funes, entonces Jefe de la División de Control de Enfermedades Venéreas de la Dirección de Sanidad Pública de Guatemala y quien había estado recientemente estudiando en New York, bajo la supervisión del mismo Cutler.
5. Todo lo realizado se hizo bajo el amparo del convenio firmado por la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) y la Dirección de Sanidad Pública de Guatemala. A pesar del estatus claramente subordinado de los funcionarios guatemaltecos frente a los estadounidenses, no los eximen del hecho de no haber cuestionado lo que se estaba haciendo, de haber puesto a disposición los recursos y permitir que se usaran las funciones institucionales para facilitar “material humano” para hacer los experimentos.
6. Estuvo enterado aparentemente de todo el Dr. Galich ya que había estado a cargo de la Sección de Venereología y presentó públicamente los avances de las investigaciones. También el Director del Neuropsiquiátrico tuvo responsabilidad directa de haber permitido los experimentos con los internos con el agravante, según Cutler en su informe, de que fueron las autoridades del asilo quienes le solicitaron inocular una emulsión de espiroquetas intracisternalmente en pacientes epilépticos deteriorados y débiles con el propósito de ayudar al tratamiento de esta afección. En función de director del asilo en esa época estuvo el Dr. Clementino Castillo. Según el director de los experimentos, el Ejército tomaba su parte en este escenario.
7. El Presidente, Juan José Arévalo, es poco probable que al igual que otras altas autoridades tuviera el tiempo, el interés y la formación profesional que le permitiera comprender completamente lo publicado y sus implicaciones. Una característica de los gabinetes del Presidente Arévalo fue su continuo recambio. Por ejemplo, su gabinete de salud fue integrándose así: El primer Ministro de Salud fue el Dr. Carlos Federico Mora (de 1944 al 45); el Dr. Julio Bianchi (de marzo de 1945 a enero 1947), el Dr. Guillermo Morán Novales (enero de 1947 a marzo de 1948), el Dr. Bernardo Aldana (marzo de 1948 a noviembre de 1949). Estos últimos fueron los tres funcionarios durante el período de los experimentos con sujetos humanos.
8. Inicialmente se trataba de un proyecto con prostitutas y prisioneros, pero luego cambió utilizando a otras poblaciones vulnerables. Siendo los prisioneros, individuos “no-educados y supersticiosos” decidieron “cambiar de ángulo” y tomaron entonces niños “por debajo de la edad de maduración sexual” lo que significó incluir en el experimento a 438 niños del Hospicio entre 6 y 16 años, a efecto de analizar pruebas de sangre. También se incluyó a niños del

Puerto de San José, poblaciones con prevalencia de desnutrición, paludismo, anemia, infecciones micóticas, esplenomegalia. No consta en el reporte si existió autorización de las autoridades educativas y sus padres.

9. En el asilo de alienados llegaron a mezclar personas con problemas mentales con pacientes de epilepsia y alcoholismo como única condición. Allí se procedió a hacer inóculos de sífilis, vías intradérmica, intravenosa, oral, por escarificación de piel y mucosas y por la vía intracisternal (dentro del líquido céfalo raquídeo).
10. Médicamente visto, los daños son esencialmente biológicos. Pero desde otras perspectivas, las sociales por ejemplo, aparece otro tipo de daño siempre severo. Hay factores inmateriales que guardan una importancia fundamental en la comisión de estos hechos. Se trata de un daño primariamente no físico sino intangible, llámesele espiritual, cultural, cosmogónico, pero que por interrelación psicosomática o de otra índole extraña a la taxonomía occidental, crea disturbios de gran severidad entre las población es vinculadas a esos sistemas de pensamiento. Por su peculiar composición étnica, Guatemala constituye un caso en que gran parte de los problemas de políticas públicas obedece al menosprecio con que se enfrenta el fenómeno de abismo cultural.
11. Ni de parte de los médicos guatemaltecos ni mucho menos de los estadounidenses, existía la menor preocupación de la fuerte presencia de sistemas de creencias y conocimientos de sociedades que no tienen por qué pensar con la lógica occidental. En igual orden de ideas se sabe del caso, registrado en las fichas médicas de Cutler, de sujetos que recibieron penicilina por otras razones, incluyendo 'razones políticas' (*es decir, no médicas*), así como por 'razones de seguridad antes de su partida', o 'por razones de temor por no haber sido completamente tratados' Esta falta de explicación demuestra que todo análisis médico y biológico, debe acompañarse de disciplinas que estudian las otras facetas del ser humano.
12. El paradigma explicativo del proceso salud enfermedad predominante privilegiaba el mecanismo de contagio sin considerar los factores sociales y culturales asociados. La pregunta ¿por qué no se pudo replicar el contagio por la vía sexual? Fue respondida por la vía de inoculación y no por la indagación de factores sociales y culturales, por ejemplo.
13. En la documentación estudiada, sobran los ejemplos de que los investigadores estuvieron constantemente engañando a los pacientes y a la opinión pública. Cutler mantuvo la confianza en que tenía una mina de oro para experimentar. Según la Profesora Reverby estos hechos se rotularon con algo que benignamente fue denominado "*una serie de estudios experimentales sobre la sífilis en el hombre*". Posiblemente de ahí la frase casi en espejo del Presidente Arévalo: "*notables experiencias sobre el tratamiento de la sífilis que se han hecho bajo la dirección de este centro*".

14. El Dr. Cutler admitió ante su supervisor, el Dr. Arnold, que no estaban diciéndole a los pacientes que les inyectaban sífilis: “explicando a nuestros pacientes y a otros relacionados (*¿quiénes serían esos otros relacionados?*) con muy pocas excepciones clave, que el tratamiento es uno nuevo que utiliza suero seguido de penicilina. Esta doble charla me permite adelantarme a los hechos””unas cuantas palabras a la persona equivocada aquí o a alguien en casa, podría arruinarlo todo o parte de...” Meditar en lo siguiente: ¿Quiénes serían las personas equivocadas “aquí” y quién sería ‘alguien en casa’...¿Estados Unidos?. Estas consideraciones pueden salirle al paso a la estigmatización de funcionarios en Guatemala y en Estados Unidos que pudieron no estar al corriente de los detalles de la investigación. Al parecer todos los responsables sabían que el estudio presentaba situaciones éticas complicadas.
15. Es imposible negar la fuerte probabilidad de que muchas más personas ajenas a los establecimientos del experimento, hubieran quedado afectadas, pues en el caso de las trabajadoras del sexo al carecer de seguimiento pudieron haber infectado a otros clientes al proseguir con su empleo en la calle.
16. La ofensa es múltiple. Hubo daño a las personas, vulneración de la soberanía del país, faltas graves a la ética en la investigación y a la práctica de la profesión médica, así como comportamientos inapropiados de los funcionarios públicos de salud, en ambos países, cuyo mandato es proteger la salud de los habitantes. Y dicha ofensa continúa, hasta que no se encuentre un punto de compensación.
17. Toda esta acción en contra de la humanidad languideció en Guatemala cuando desde Estados Unidos se le dijo a Cutler que “volviera a casa para ser asignado a otro lugar.” Todo su esfuerzo fue sepultado en los archivos y concretamente, el trabajo de Cutler “tuvo poco impacto en la investigación sobre la sífilis”. Cuando el estudio fue trasladado a la prisión de Sing Sing en Nueva York con 62 “voluntarios humanos”, no se hizo la menor mención a los experimentos en Guatemala. Y ya se dijo que sus experimentos ni siquiera significaron un avance en la ciencia. Las víctimas fueron inútiles. Se encontraron serios y substanciales fallos metodológicos desde la fase de diseño. Los cambios frecuentes en la metodología muestran improvisaciones del estudio.
18. El costo económico de los estudios no fue insignificante y dada la nula contribución a la ciencia, puede concluirse que se trató de fondos mal invertidos. Los experimentos no contribuyeron en lo más mínimo al campo de la sífilis. Factores internacionales que permitieron los experimentos en Guatemala.

8.2 ¿Cómo era vista Guatemala por los Estados Unidos?.¿por qué Guatemala fue la escogida y no otro país?

19. Tal como se ve la geopolítica en dicha región circuncaribe y en dicha época, el final de la II Guerra Mundial y el principio de la Guerra Fría, en realidad diversas naciones pudieron haber sido escogidas como jaulas de laboratorio. Del lado de Cuba, tan cercana, estuvo la intervención estadounidense contra España en la guerra de independencia cubana, a resultas de la cual se quedaron con Guantánamo. Al lado, la siempre empobrecida Haití, ocupada varias veces por las tropas estadounidenses a principios del Siglo XX. La vecina República Dominicana, también invadida varias veces por las mismas tropas. Puerto Rico, apropiado por los Estados Unidos e incorporado a su nación. En el caso de Panamá, la injerencia en los asuntos de Colombia, a la cual Panamá pertenecía, a efecto de poder construir el canal. Décadas antes, la invasión a México y el rapto de gran parte de su territorio. La injerencia en la Nicaragua de Sandino y la imposición del déspota Somoza.
20. Después vendría la injerencia en Guatemala, donde la CIA se pondría a prueba por primera vez en América Latina y por segunda vez en el mundo, después del derrocamiento del presidente socialdemócrata de Irán, Mohamed Mossadeg.
21. Es digno de indagación no especulativa tratar de dilucidar si en realidad fue suficiente, como escribió Cutler, la invitación de un médico estudiante guatemalteco de bajo perfil para que el alto mando de la salud en Estados Unidos, que ya controlaba toda el área mediante la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), se decidiera por Guatemala, o si pudo haber habido otras razones que estarían por revelarse, de ser así. En todo caso y como telón de fondo, no puede la atención histórica menos de recordar, con razón objetiva o no, la dirección ideológica en Estados Unidos del Siglo XIX y XX hacia las doctrinas expansionistas: La Doctrina Monroe, la del Destino Manifiesto y la política del Gran Garrote.
22. En Guatemala, la sumisión absoluta de los gobernantes a los deseos estadounidenses al mismo tiempo que la brutalidad de su despotismo hacia la sociedad nacional, fue propicia para la entrega de los recursos agrícolas, el banano en primer lugar, que dio origen en Estados Unidos y luego en todo el mundo, al despectivo apelativo de “Repúblicas Bananeras”, acompañadas de otro: El Traspatio. Obviamente, a la ignorancia casi absoluta de la existencia de países como Guatemala, se acompañaba muy posiblemente por el desdén. Lo social, lo político, lo territorial, no eran más que nimios incidentes.
23. Esta posición estadounidense respecto de América Latina. y Guatemala, en particular, en que las interrelaciones políticas constituían un atropello, podía augurar casos como el médico que nos ocupa en este trabajo. La pequeñez nacional se acompañaba de ingente pobreza, el Estado era violento pero débil, el conocimiento que había del mundo exterior era muy reducido de tal suerte que muchos atropellos eran vistos como cosas naturales en nuestra

relaciones recíprocas. Ya en Estados Unidos era ostensible el racismo hacia los afroamericanos principalmente, aunque generalizable a todos los no europeizados, por supuesto no solamente manifestado en casos como el de Tuskegee, sino en dimensiones nacionales y que llevarían a grandes movimientos reivindicativos de dichas poblaciones a mediados del Siglo XX.

24. El papel del racismo se hizo evidente en la doble moral: por un lado, los Juicios y Código de Núremberg contra los genocidas nazis y sus delitos de lesa humanidad, pero por el otro, el racismo hacia poblaciones internas y hacia poblaciones y nacionalidades extranjeras. Por el lado nacional, la ominosa percepción de la generalidad de los guatemaltecos en esa época (y ahora) hacia presos, soldados, pacientes mentales y prostitutas. Basta con ver la cantidad e identidad de los inoculados. El hecho refleja el contexto habitual de lo que ocurría en Guatemala y en la región.
25. En el experimento de Cutler se refleja una extrema subordinación, consecuencia de la lógica de supremacía norteamericana desde que Guatemala se considera el traspasado. Los Estados Unidos tenían el destino y deber de controlar a los países periféricos porque ellos no pueden controlarse a sí mismos (ideología nada diferente de la de Hitler con el “espacio vital”). Desde esta perspectiva, será conveniente, en etapas futuras, examinar la existencia o no de experimentos igualmente antiéticos antes, durante y después de éste (ya se habla de esterilizaciones a mujeres indígenas hacia 1972, lo cual podrá dar de qué hablar en un futuro).

8.3 Factores nacionales que pueden explicar los experimentos en Guatemala.

26. En 1945, la gran mayoría de la población, era rural (sólo poco más del 10% se dedicaba a la industria) y más de la mitad era indígena (aunque con las reservas por las cifras de los censos de la época); aparte de la capital, solamente otras dos ciudades tenían más de 15,000 residentes. Tres sectores componían la empobrecida economía guatemalteca: la producción de alimentos y materias primas para el consumo doméstico, los cultivos de exportación y la incipiente industria. Las exportaciones dependían cerca del cien por ciento del banano y el café y sus mercados exteriores eran reducidísimos (básicamente Estados Unidos y Alemania). Junto con una primitiva tecnología agrícola, se daba el régimen semifeudal de los grandes terratenientes cuya riqueza no se apoyaba en un mercado interno floreciente sino en la depauperación de las grandes masas campesinas. El analfabetismo en la población indígena era de 90% y de 72% para la población ladina. Como se ve, Guatemala era un anacrónico país estancado en la Colonia.
27. Desde los Estados Unidos, muy probablemente no se conocía la dicotomía indígena – ladino, presumiblemente todos éramos lo mismo. Pero en Guatemala, la exclusión y marginación social, incluido el racismo contra los indígenas primordialmente, siendo una realidad ominosa desde la Colonia y no superada, fue un posible factor para que funcionarios de salud no vieran atentatorios los experimentos en las poblaciones desvalorizadas en que se hicieron. De

haberse tratado de otros sectores sociales, alguien los hubiera cuestionado o, lo más probable, nunca hubieran los experimentos ocurrido.

28. La Junta revolucionaria de Gobierno entre 1944 y 1945, empezó a transformar el país en uno con superestructura moderna. Fue Juan José Arévalo, el primer Presidente electo democráticamente, quien se lanzó a revolver el pasado mediante medidas democráticas dentro de un ambiente de total libertad. Su gobierno dio inicio en un ambiente sociológico de violencia de clase, étnica (sociocultural e identitaria) de origen muy antiguo en la cual la sociedad se ha construido sobre relaciones de dominador dominado, superior e inferior. Contra todas estas condiciones surgió la Revolución del 44, que en pocos meses crea la base para la modernización del Estado. Arévalo estaba consciente de la debilidad del Estado, por lo que inició intercambios hacia el extranjero en pedagogía, psicología, humanidades, ingeniería, medicina y otras disciplinas, trajo maestros para formar guatemaltecos y envió jóvenes con becas al exterior. Sí fue evidente su convicción de convertir a Guatemala en una vanguardia científica regional.
29. Arévalo no fue precisamente un enemigo de Estados Unidos (admiraba su historia, su democracia, su papel en la Guerra Mundial, a su Presidente Roosevelt). Pero abominaba de las acciones “*imperialistas*” y la prepotencia de empresas y embajadores de aquel país. Esta frase suya lo dice todo: “*Guatemala está del lado de Estados Unidos pero de pie, no de rodillas*”. Por lo mismo, la gran interrogante es el porqué de la comisión de experimentos humanos justamente en su Gobierno.
30. El análisis del discurso presentado en este documento sobre lo que Arévalo pensaba y actuaba en materia de política social y su comportamiento político, hacen pensar que no estaba enterado de los pormenores de los hechos estudiados, aunque sus funcionarios de alto nivel en el Ministerio de Salud, sí conocían de los detalles del experimento.
31. Por el cambio rápido en las instituciones a raíz de la Revolución, los sistemas no pudieron cambiar simultáneamente. No fue del “todo o nada”, sino por fragmentos. La burocracia era del pasado, no para el futuro. Privaba fuerte fragmentación en la prestación de los servicios: por un lado, el IGSS sin someterse a la autoridad sanitaria nacional invocando su autonomía; por otro lado, la sanidad militar que había sido creada en 1930 también actuaba fuera de la autoridad del Ministerio; el pujante ejercicio privado de la medicina contrario a la socialización de los servicios, en fin, el escenario estaba servido para un debilitamiento de origen en la autoridad y capacidad de regulación y rectoría del Ministerio de Salud.
32. La fragmentación del sistema de salud dificultó la regulación y supervisión de la práctica médica y la investigación. La autoridad sanitaria sin autoridad fue incapaz de ver el problema y mucho menos actuar para resolverlo. La falta de reglamentación sobre la investigación. No se contaba con el cuerpo normativo necesario; sin embargo, en el mundo se estaban juzgando crímenes nazis, mientras en Guatemala se realizaban acciones similares contra población

vulnerable. Aún cuando no existían regulaciones de índole institucional, sí existían los preceptos deontológicos de la práctica de la medicina. El énfasis de la protección de la práctica liberal profesional de las autoridades gremiales médicas (Colegio de Médicos) en detrimento de la protección ciudadana. La protección del gremio ante las amenazas socializantes de la época.

33. La mayoría de estos factores no solo persisten sino que algunos como la fragmentación del sistema de salud, y la laxitud de las regulaciones se han profundizado.. Es necesario encaminar las acciones hacia la reducción de dichos factores pues el escenario para que ocurran casos similares aún es posible
34. Repensando el proceso, tres elementos importantes que lucen importantes ante la permisión de los experimentos en Guatemala son: 1) las condiciones de precariedad, dependencia y subalternidad del país. 2) la relación subalterna de los médicos guatemaltecos con sus colegas estadounidenses. 3) la marcada estructura de exclusión y marginación social en Guatemala.

Hay diversas perspectivas desde las cuales enfocar las responsabilidades incurridas por los hechos de los experimentos, tanto como miembros de la nación agraviada como miembros de un conglomerado humano que, independientemente del lugar donde exista, no puede permanecer incólume ante un hecho como el ocurrido. Aquí nos detendríamos en dos de las perspectivas indispensables en este caso: la jurídica y la bioética. La primera con su carácter de punitiva y derivada de acciones particulares o de índole nacional, ya no es aplicable directamente ante los causantes, puesto que ya están muertos. Queda la posibilidad, decisión de los expertos en dicho campo, de aplicarse indirectamente a los familiares y descendientes.

8.4 Bases Jurídicas.

35. Ya desde el régimen anterior al de la Revolución de Octubre de 1944, existía una legislación específica para las enfermedades venéreas. La Constitución de 1945 establecía la protección a la persona, y cualquier transgresión implicaba la responsabilidad del funcionario y empleado público que la cometía. Textualmente estipulaba: *“se declara ilegal y punible cualquier discriminación por motivo de filiación, sexo, raza, color, clase, creencias religiosas o ideas políticas”*. *“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...”*
36. Según el decreto del 7 de septiembre de 1936 y del 18 de diciembre de 1936 (código de sanidad vigente en la época de los experimentos), la Dirección General de Sanidad estaba obligada a velar por la salud, a declarar las enfermedades transmisibles con el objeto de impedir su propagación y obligaba a los médicos a poner en conocimiento de la autoridad sanitaria más próxima la presencia de enfermos con enfermedades venéreas. El decreto del 25 de mayo de 1936 de la Asamblea Legislativa de la República de Guatemala, (código penal) clasificaba penalmente a los autores, cómplices y encubridores, según se tratara de quienes

forzaran o indujeran directamente a la ejecución del acto, a quienes cooperaran o a quienes participaran con posterioridad a su ejecución.

37. El contagio venéreo constituía un delito y se estipulaba determinada pena a quien encontrándose contaminado de una enfermedad venérea o lo sospechara y la transmitiere de propósito a otra persona que no sabiendo que está enfermo, transmitiere a otro una enfermedad venérea. Son cómplices los que sabiendo que una persona bajo su guarda está contaminada no procuran evitar el contagio. Personas que con abuso de autoridad o encargo cooperen como cómplices de los delitos precedentes, serán penados como autores.
38. Debido a las leyes vigentes en el momento de los experimentos, tanto los investigadores, financistas, autoridades y personal operativo cometió delitos punibles por la ley y puede presumirse que quienes coordinaron estas experimentaciones humanas, conocían los alcances de la misma y la responsabilidad penal a la que podían estar sujetos, por los actos contrarios a las leyes vigentes de la época.

8.5 Perspectiva bioética en el caso de los experimentos

39. Los hechos en estudio de este documento constituyen una violenta trasgresión a la dignidad de las personas involucradas, a la profesión médica y, por supuesto, a la sociedad así como a la dignidad nacional. Fue un crimen de *lesa humanidad*.
40. Existen suficientes elementos de juicio para concluir sobre la gravedad de las violaciones éticas en estas investigaciones. En otros casos, los actos humanos tienen un contexto social que no puede marginarse de la reflexión. Al igual que en Tuskegee, aquí se aprovecharon de la desventaja de que dichas poblaciones carecían de una educación que les proporcionara más elementos de juicio sobre su participación; constituyó una brutal violación del principio de no maleficencia con la inoculación de una “substancia” nociva.
41. John Cutler y sus colegas son responsables “confesos”. Tenían plena conciencia que lo que estaban haciendo era una grave violación a la ética médica y de investigación. La mayor violación fue el daño causado por la inoculación, se violó el principio más antiguo, el de la no maleficencia. Quedaría por establecer 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.
42. Cutler y algunos de sus colegas llegaron a manifestar inquietud (pero no arrepentirse) por estar violando normas elementales de ética médica lo cual evidencia una grave corresponsabilidad moral y jurídica.
43. No considerar un hecho de éstos como “normal” es el primer paso. Con ello se identificó un problema. Pero no basta con identificar el problema, hay que encontrar las causas y las formas de resolverlo. Por ejemplo, y como se expuso atrás, es posible confeccionar una lista:

falta de legislación, de controles, de instancias, etcétera. Pero hay algo fundamental que va más a lo profundo: Los abusos históricos tienen como mar de fondo 1) La ambición de acumulación de capital por cualquier medio y 2) Una ideología que permite la justificación de la discriminación de ciertos conglomerados humanos, considerados como inferiores.

44. En estos experimentos se violaron los siguientes principios éticos: **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** No se explicó a los sujetos la metodología ni riesgos a los que estarían expuestos y no se les pidió consentimiento. **DELIBERADA EXPOSICION A LA ENFERMEDAD:** no es lícito provocar daño al paciente, especialmente serio, y a sujetos con ausencia de esa enfermedad. **POBLACIONES VULNERABLES:** los grupos vulnerables deben ser protegidos por la sociedad y especialmente el gremio médico. **COACCION A AUTORIDADES PARA PERMITIR EL ESTUDIO:** la situación política permitió esta coacción hacia un país más débil, a sabiendas que no se permitiría en el propio país dicha experimentación. **“REGALOS” PARA PERMITIR LA INVESTIGACIÓN:** no es lícito dar incentivos para participar en una investigación. **CALIDAD CIENTIFICA:** A sabiendas de los pobres resultados que se iban obteniendo, improvisaron metodología para continuar los estudios, sin obtener datos que fueran relevantes para un mejor conocimiento de la enfermedad y terapia. Los resultados nunca fueron publicados como literatura científica ni de otra clase. **AUTORIDADES LOCALES INEFICIENTES:** es deber de las autoridades de gobierno velar por el bien de la sociedad. El Ministerio de Salud tiene como objetivo procurar y velar por la salud de la población, lo cual no hicieron. Las autoridades locales abusaron de su poder para facilitar el estudio en el país, utilizando a la población vulnerable. **FALTAS A LA ETICA MÉDICA:** El médico debe procurar la salud del paciente ante todo. Las personas que participaron en los experimentos, los patrocinadores y los que autorizaron su realización faltaron a la ética, con el agravante de haberlos realizado en personas vulnerables, sin su consentimiento ni conocimiento, faltando a la confianza entre médico y paciente; además de todo el daño perpetrado, los resultados científicos no fueron de utilidad alguna.

9. Algunas recomendaciones preliminares

1. Esta ofensa a la dignidad nacional no puede quedar en un simple perdón, por lo que, aún cuando es difícil monetizar las ofensas a la dignidad, es necesario desarrollar procesos de resarcimiento para las víctimas que resultaron afectadas por la acción e inacción del Estado.
2. Uno de las primeras e impostergables acciones debe ser el proceso de identificación, tanto de las víctimas, como de sus familiares y descendientes.
3. Establecer el impacto que los experimentos tuvieron en sus vidas y a partir de este conocimiento, desarrollar estos mecanismos de compensación económica, pero también social.

4. Establecer las medidas necesarias y efectivas para que hechos como estos experimentos no vuelvan a ocurrir; revisando la legislación y todo el cuerpo normativo que regula la investigación en Guatemala; esclareciendo si estos reglamentos son los adecuados para dar cumplimiento a las normas éticas de la investigación.
5. Establecer los mecanismos de vigilancia y regulación de la investigación en Guatemala; promoviendo reflexiones serias sobre la manera como se organiza y actúa el sistema de salud guatemalteco; promoviendo la conformación de entes independientes y vinculantes que vigilen y hagan valer la reglamentación de los procesos de investigación.
6. Continuar con la profundización de esta investigación y continuidad de la comisión presidencial de esclarecimiento, pero al mismo tiempo, promover estudios independientes al Estado para generar balance y rendición de cuentas de las instituciones involucradas y evitar los conflictos de intereses.

10. Bibliografía

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

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

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

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

- Arévalo, Juan José (1998) Despacho Presidencial. Obra póstuma del Dr. Juan José Arévalo Bermejo. Guatemala, Editorial Óscar de León Palacios
- Asturias Edwin (1989) Historia de la Práctica y el Saber Médico en Guatemala, Tesis de graduación, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala
- CDC (2011) Reporte Médico (Centro de Control y Prevención de Enfermedades). Hallazgos del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos. Estudio de Inoculación de Enfermedades Sexualmente Transmitidas en 1946-48, basado en los papeles de Archivo de John Cutler, médico, en la Universidad de Pittsburgh. 29 de septiembre, 2010. (Traducción, extractos y citas textuales por Jorge Solares.
- Constitución de la República de Guatemala 1945
- Cutler J (1948 (a)) . Letter to Mahoney. In Mahoney JE (ed). Guatemala: 1948.
- Cutler J (1948 (b)). Letter to Dr. Mahoney. In Cutler J (ed).
- Cutler J, (1948) Archivos personales, excerpts of experimental summaries, cronology.
- Cutler J. (1947) Letter to John F. Mahoney. In Mahoney JE (ed). Guatemala
- Dirección General de Sanidad Pública (1948) SANIDAD. Revista Científica de Distribución gratuita. Julio de 1948. Patrocinada por la Dirección de Sanidad Pública. Director General Dr. Luis F. Galich. Epoca I, No. 11. Encargado de la revista: Enrique Juárez. Pp. 2-3.
- Experiment No. 2, (1947) Gonorrhoea Prophylaxis.
- Experiment No.3, (1947) Gonorrhoea Profilaxis. In. Cutler Archives
- Funes (1949) Juan M. Funes, "Proyecto de nueva legislación antivenérea, consideraciones generales", Salubridad y Asistencia, Órgano del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Tomo II, Nos. 3 (Marzo 1949). Pp. 3-10
- Funes JM (1953), Cutler JC, Levitan S et al. [Serologic and clinical studies of syphilis in Guatemala, Central America. II. Study of a group of school children in the port of San Jose]. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Sanitary Bureau 1953; 34: 14-18.
- Funes Juan (1948) "Avances Venereológicos en la Sección correspondiente de la Dirección de Sanidad Pública de Guatemala," Salubridad y Sanidad, Órgano Mensual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Tomo I No. 3 (Diciembre de 1948
- Funes Juan, (1949) Avances venereológicos en la sección correspondiente de la Dirección General de Sanidad, República de Guatemala, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Tomo (vol) XXVIII

- García Noval, José (1999) 69-77. Violencia y conocimiento. En: Psicología social y violencia política. ECAP. Guatemala.
- Gleijeses, Piero(1991) *The Shattered Hope. The Guatemalan revolution and the United States, 1944-1954.* Princeton University Press
- Gracia, Diego (1990) 374-378. Introducción a la Bioética Médica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 108 (5 y 6).
- Gracia, Diego (2000) 51-77. Fundamentación y enseñanza de la bioética. Editorial El Búho. Bogotá. Colombia.
- Harlow E. Letter to JE Mahoney. In Mahoney JE (ed) *Letter to Mahoney*
- Historia popular de Guatemala (1998) Fundación para la Cultura y el Desarrollo Basado en Jorge Luján Muñoz, *Historia General de Guatemala.* Asociación de Amigos del País.
- ICEFI (2006) *Historia Tributaria de Guatemala*
- JAMA (2011) Frieden, Thomas R.; Francis S. Collins. Intentional Infection of Vulnerable Populations in 1946-48: Another Tragic History Lesson.
- Jones, James H (1993) *Bad Blood. The Tuskegee Syphilis Experiment.* New York, The Free Press
- Juan M. Funes (1948) "Avances Venereológicos en la Sección correspondiente de la Dirección de Sanidad Pública de Guatemala," *Salubridad y Sanidad, Órgano Mensual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Tomo I No. 3 (Diciembre de 1948): pp. 15- 23.*
- Levitan S, Aragon HA, Cutler JC et al. Clinical and serologic studies with reference to syphilis in Guatemala Central America. I. Studies of comparative performance of the Kahn, Kolmer, Mazzini, and VDRL slide tests as carried out in the national orphanage. *American journal of syphilis, gonorrhea, and venereal diseases* 1952; 36: 379-387.
- Luna, Florencia & Salles, Arleen (1998) 14-45. Bioética. Investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada. Editorial Sudamericana. Buenos Aires.
- Mahoney (1947) JE. Letter to Dr. Fred L. Soper.
- Mahoney JE (1948). Letter to John C. Cuttler. In Cutler J (ed). Staten Island
- Malavassi Ana (2006) *El encuentro de la Fundación Rockefeller con América Central, 1914-1921* Diálogos, revista electrónica de historia, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Obligation Report (1948). V.D. Guatemala Project. In Cutler J (ed). 1948.
- OMS (2000) *Estado Mundial de la Salud*

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

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

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

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

PNUD (2010) Informe de Desarrollo Humano Guatemala

Portnoy J, Galvez R, Cutler JC. Clinical and serologic studies with reference to syphilis in Guatemala, Central America. III. Studies of comparative performance of the Kahn, Kolmer, Mazzini, and VDRL slide tests among leprosy patients. American journal of syphilis, gonorrhea, and venereal diseases 1952; 36: 566-570.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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