

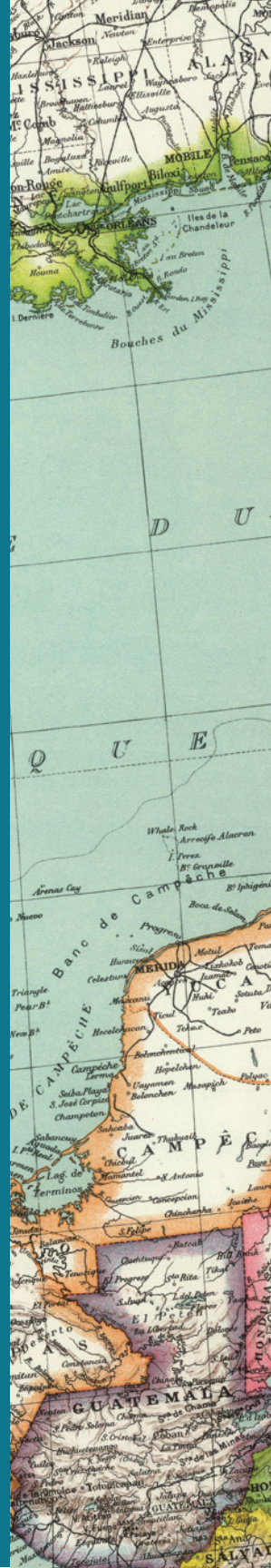


“ÉTICAMENTE IMPOSIBLE”

Investigación sobre las
STD en Guatemala desde
1946 hasta 1948

Presidential Commission
for the Study of Bioethical Issues

Septiembre de 2011





“ÉTICAMENTE IMPOSIBLE”
Investigación sobre las
STD en Guatemala desde
1946 hasta 1948

Presidential Commission
for the Study of Bioethical Issues

Washington, D.C.
Septiembre de 2011

<http://www.bioethics.gov>

ACERCA DE LA COMISIÓN PRESIDENCIAL PARA EL ESTUDIO DE ASUNTOS DE BIOÉTICA

La Comisión Presidencial para el Estudio de Asuntos de Bioética (la Comisión) es un equipo de asesores de los líderes de la nación en las áreas de medicina, ciencias, ética, religión, derecho e ingeniería. La Comisión asesora al Presidente sobre asuntos de bioética que surgen de los avances de la biomedicina y se relacionan con áreas de la ciencia y la tecnología. El objetivo de la Comisión es identificar y fomentar políticas y prácticas que garanticen que la investigación científica, la prestación de atención médica y la innovación tecnológica se lleven a cabo de una manera social y éticamente responsable.

Para obtener más información sobre la Comisión, consulte el sitio <http://www.bioethics.gov>.

TABLA DE CONTENIDO

PREFACIO	1
ANTECEDENTES	11
Experimentos en la prisión Terre Haute, 1943-1944	15
<i>Implementación de los experimentos</i>	23
Desarrollos en la ciencia y prevención de las enfermedades de transmisión sexual	27
EXPERIMENTOS EN GUATEMALA DESDE 1946 HASTA 1948.....	31
Diseño inicial del experimento.....	32
Programas de tratamiento e iniciativas de buena fe.....	37
Experimentos serológicos	41
<i>Penitenciaria</i>	42
<i>Niños</i>	43
<i>Hospital de leprosos</i>	46
<i>Hospital psiquiátrico</i>	46
Experimentos de exposición intencional	47
<i>Descripción general</i>	47
<i>Experimentos con gonorrea</i>	48
<i>Experimentos con sífilis</i>	59
<i>Experimentos con chancroide</i>	77
Finalización paulatina de los experimentos en Guatemala	79
<i>Extensión del subsidio</i>	79
<i>Disposición del laboratorio</i>	80
Raza y secretos durante los experimentos en Guatemal	81
<i>Cuestiones de raza</i>	81
<i>Inquietudes sobre el secretismo</i>	83
LA CONTINUACIÓN DESPUÉS DE CUTLER DE LOS ESTUDIOS EN GUATEMALA: 1948-1953	89
Experimentos de serología.....	90
Continuación de las observaciones	91
PUBLICACIÓN DE LOS DATOS DE GUATEMALA	93
EPÍLOGO	95
REVISIÓN DE LAS NORMAS ÉTICAS EN CONTEXTO	99
Protecciones para la investigación actual en seres humanos y requisitos éticos de nuestro tiempo	100
Principios éticos perennes	101
Normas contemporáneas para la investigación ética desde 1946 hasta 1948	105
Evaluación de los argumentos atenuantes generales.....	111
Evaluación de los argumentos atenuantes específicos desde el punto de vista histórico	114

Los experimentos en Guatemala: mirada hacia el pasado, mirada hacia el futuro y asignación de culpabilidad.....	117
TABLAS Y FIGURAS	121
Tabla 1: Los Documentos de Cutler	122
Tabla 2: Personas involucradas en los experimentos con STD en Guatemala .	124
Tabla 3: Timeline of all Guatemala Experiments	128
Tabla 4: Subject and Population Specific Data.....	130
Figura 1: Organigrama de la Oficina de Investigación y Desarrollo Científico .	132
Figura 2: Organigrama del Consejo Nacional de Investigaciones	133
Figura 3: Organigrama del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de 1946.....	134
Figura 4: Organigrama del Consejo Nacional Asesor de Salud, diciembre de 1946.....	135
Figura 5: Organigrama de la Sección de Estudios de la Sífilis.....	136
Figura 6: Objetivos de los experimentos de exposición intencional con el paso del tiempo	137
Figura 7: Experimentos de exposición intencional con el paso del tiempo	138
Figura 8: Métodos de exposición con el paso del tiempo	139
GLOSSARIO DE TÉRMINOS CLAVE	141
APÉNDICE	149
Apéndice I: Formulario de renuncia propuesto en preparación para los experimentos de Terre Haute.....	150
Apéndice I: Formulario de renuncia propuesto en preparación para los experimentos de Terre Haute.....	152
Apéndice II: Fragmento del informe de los experimentos con chancroide.....	153
Apéndice III: Métodos de investigación.....	154
<i>Investigación en Guatemala</i>	159
<i>Asesores de la investigación</i>	159
<i>Entrevistas dirigidas</i>	161
<i>Delegación del personal en Guatemala</i>	161
<i>Traducción</i>	161
Apéndice IV: Métodos para la creación de bases de datos de sujetos	162
<i>Creación de una base de datos de sujetos</i>	162
<i>Control de calidad de la base de datos de los sujetos</i>	164
<i>Limitaciones</i>	166
<i>Figuras 6, 7 y 8</i>	168
Apéndice V: Sugerencias para lectura complementaria	169
NOTAS AL FINAL.....	173
Index.....	219



COMISIÓN PRESIDENCIAL PARA EL ESTUDIO DE ASUNTOS DE BIOÉTICA

Presidente Barack Obama
Casa Blanca
1600 Pennsylvania Avenue, NW
Washington, DC 20500

Estimado Sr. Presidente:

En representación de la Comisión Presidencial para el Estudio de Asuntos de Bioética, le presentamos este informe denominado “*Éticamente imposible*”: *Investigación sobre las STD en Guatemala desde 1946 hasta 1948*. En respuesta a su solicitud con fecha 24 de noviembre de 2010, la Comisión supervisó una exhaustiva investigación sobre los detalles de los estudios conducidos por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos en Guatemala, que involucraban la exposición intencional y la infección de poblaciones vulnerables.

Al cabo de una investigación intensiva de nueve meses, la Comisión ha concluido que los experimentos en Guatemala comprendieron serias violaciones de la ética, conforme a las normas actuales y al criterio de los investigadores respecto de las prácticas contemporáneas vigentes. La Comisión cree firmemente que muchas de las acciones tomadas en Guatemala constituyeron agravios morales particularmente atroces debido a que una gran cantidad de los individuos involucrados ocupaban cargos de responsabilidad institucional pública.

Como país, lo mejor que podemos hacer cuando nos enfrentamos a un capítulo oscuro es sacarlo a la luz. La Comisión ha trabajado arduamente para brindar un análisis ético puro para honrar a las víctimas y garantizar que sucesos como estos no vuelvan a ocurrir.

Además, la Comisión está trabajando para cumplir su otra misión relacionada con la investigación en seres humanos: una revisión de las normas y reglas contemporáneas nacionales e internacionales para la protección de los seres humanos, a fin de garantizar que los estudios científicos financiados a nivel federal se lleven a cabo de manera ética; por ende, la Comisión le enviará un informe en diciembre.

Es un honor para esta Comisión recibir la confianza que ha depositado en nosotros y agradecemos la oportunidad de servirles, de esta manera, a usted y a la Nación.

Respetuosamente.

Dra. Amy Gutmann
Presidente

Dr. James Wagner
Vicepresidente

CASA BLANCA

WASHINGTON

24 de noviembre de 2010

MEMORANDO PARA LA DRA. AMY GUTMANN

Presidente de la Comisión Presidencial para el
Estudio de Asuntos de Bioética

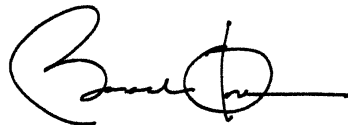
ASUNTO: Revisión de la protección de los sujetos humanos

Recientemente, descubrimos que el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos realizó investigaciones sobre enfermedades de transmisión sexual en Guatemala desde 1946 hasta 1948 que incluían la infección intencional de poblaciones humanas vulnerables. La investigación fue, claramente, no ética. En vista de esta revelación, deseo tener la certeza de que las normas actuales para los participantes de una investigación protejan a las personas de daños y del tratamiento no ético, tanto a nivel nacional como internacional.

Le solicito, como Presidente de la Comisión Presidencial para el Estudio de Asuntos de Bioética, que convoque a un panel para llevar a cabo, a partir de enero de 2011, una revisión integral de la protección de los sujetos humanos a fin de determinar si las regulaciones federales y las normas internacionales resguardan, de manera adecuada, la salud y el bienestar de los participantes de estudios científicos respaldados por el gobierno federal. Le ruego, además, que la Comisión supervise una investigación exhaustiva sobre los detalles del estudio sobre la inoculación de enfermedades de transmisión sexual conducido por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos.

Para llevar a cabo esta tarea, la Comisión deberá solicitar el conocimiento y el punto de vista de expertos internacionales, entre ellos, expertos de Guatemala; asesorarse con organizaciones homólogas en la comunidad mundial y convocar, al menos, una reunión fuera de los Estados Unidos. Espero que la Comisión finalice su trabajo dentro de los nueve meses y que me proporcione un informe de los resultados y las recomendaciones.

Si bien creo que la comunidad científica ha progresado enormemente en el área de la protección de los sujetos humanos, lo que sucedió en Guatemala es un recordatorio aleccionador de los abusos del pasado. Para cumplir esta misión, considero especialmente importante que la Comisión utilice su enorme experiencia que abarca los campos de la ciencia, la política, la ética y los valores religiosos. Se lo debemos al pueblo de Guatemala y a las futuras generaciones de voluntarios que participen en investigaciones médicas.



COMISIÓN PRESIDENCIAL PARA EL ESTUDIO DE ASUNTOS DE BIOÉTICA

DRA. AMY GUTMANN, PRESIDENTE

Presidente y Christopher H. Browne

Profesor distinguido de Ciencias Políticas de la Universidad de Pensilvania

DR. JAMES W. WAGNER, VICEPRESIDENTE

Presidente, Universidad de Emory

MÁSTER YOLANDA ALI

Junta Fundadora

de la Fundación Michael J. Fox;

Neurociencia Emory

Junta Asesora de la Comunidad

DRA. ANITA L. ALLEN, J. D.

Henry R. Silverman Profesor de Derecho

y Profesor de Filosofía

Facultad de Derecho de la Universidad

de Pensilvania

DR. JOHN D. ARRAS

Profesor de Ética Biomédica de

Porterfield,

Profesor de Filosofía,

Universidad de Virginia

DRA. BARBARA F. ATKINSON

Vicerrectora administrativa,

Centro Médico de la Universidad de Kansas

Decana administrativa de la Facultad de

Medicina de la Universidad de Kansas

DRA. NITA A. FARAHANY, J. D.

Colaboradora docente Leah Kaplan en

Derechos Humanos, Facultad de Derecho

de Stanford

Profesora adjunta de Derecho

Profesora adjunta de Filosofía

Universidad de Vanderbilt

Dr. ALEXANDER G. GARZA,

Máster en Salud Pública

Secretario asistente, Oficina de Asuntos

de la Salud. Director de Medicina del

Departamento de Seguridad Nacional

DRA. CHRISTINE GRADY,

enfermera matriculada

Jefa interina del Departamento de

Bioética, Centro Clínico de los

Institutos Nacionales de Salud

DR. STEPHEN L. HAUSER

Robert A. Fishman, Profesor distinguido

y Presidente del Departamento de

Neurología de la Universidad de

California San Francisco

DR. RAJU S. KUCHERLAPATI

Paul C. Cabot, Profesor del

Departamento de Genética, Facultad

de Medicina de Harvard. Profesor del

Departamento de Medicina del Brigham

and Women's Hospital

DR. NELSON L. MICHAEL

Coronel del Cuerpo Médico del Ejército

de los Estados Unidos. Director de

Retrovirología; Instituto de Investigación

del Ejército Walter Reed; Programa

de Investigaciones sobre el VIH de las

Fuerzas Militares de los Estados Unidos

DR. DANIEL P. SULMASY, miembro

del Colegio Estadounidense de Médicos

Kilbride-Clinton Profesor de Medicina

y Ética del Departamento de Medicina y

Facultad de Teología. Director adjunto del

Centro McLean de Ética Médica Clínica

de la Universidad de Chicago

COMISIÓN PRESIDENCIAL PARA EL ESTUDIO DE ASUNTOS DE BIOÉTICA

PERSONAL* Y CONSULTORES

Directora ejecutiva

Valerie H. Bonham, J.D.

Subdirectora

Debbie Banks Forrest, Máster en Políticas Públicas

Directora de comunicaciones

Hillary Wicai Viers,
Máster en Jurisprudencia

Asesores generales

Dr. Paul Lombardo, J. D.
Dr. Jonathan D. Moreno
Dr. y Máster Jeremy Sugarman

Personal de investigación

Lic. Eleanor Celeste
Lic. Tom Cinq-Mars
Brian C. Eiler, J. D.
Michelle Groman, J. D.
Lic. Chris Havasy
Holly Fernandez Lynch, J. D.
Máster en Bioética
Dra. Debra Mathews
Eleanor E. Mayer, J. D.
Máster en Bioética
Dr. David G. Miller
Anne Pierson, J. D.
Jason L. Schwartz, Máster en
Humanidades, Máster en Bioética
Kayte Spector-Bagdady, J. D.,
Máster en Bioética
Lic. Victoria Wilbur

Consultores

Burness Communications
Dra. y Máster Kathi E. Hanna
Dr. Jonathan Zenilman

Asuntos del Comité y del Personal

Judith E. Crawford
Lic. Esther Yoo

**Miembros del cuerpo docente y
practicantes**

Dra. Laura Biron
Lic. Michael Grippaldi
Lic. Magdalena Gugucheva
Lic. Casey Nicol
Lic. Tuua Ruutiainen
Máster Michael Tennison
Dr. David Tester
Lic. Ilana Yurkiewicz

**Se incluye el personal anterior y de medio tiempo.*

AGRADECIMIENTOS

La Comisión agradece a los numerosos colaboradores quienes contribuyeron con su tiempo, energía y entendimiento a esta investigación. La Comisión extiende su agradecimiento a los historiadores, estudiosos, archiveros y funcionarios de organismos que ayudaron a hallar y sistematizar los registros y documentos necesarios para describir completamente estos eventos.

Resulta imposible nombrar aquí a cada una de las personas, mas la Comisión agradece particularmente a Suzanne Junod, Susan Lederer, Richard Mandel, Robert F. Moore, Betty Murgolo, John Parascandola, Richard Peuser, Andrew Pope, Martin Rangel, John Rees, Susan Reverby, Rob Richards, Nancy Terry, Paul Theerman y Wanda Williams. Asimismo, la Comisión agradece especialmente a Jonathan Zenilman, director de Epidemiología del Centro Johns Hopkins para la Investigación y Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual, por su asistencia para interpretar los registros de la investigación.

Finalmente, la Comisión reconoce enormemente a su talentoso personal por su inquebrantable dedicación para llevar a cabo una investigación exhaustiva e integral de esta compleja serie de eventos en un período breve. Esta Comisión agradece en especial a la directora ejecutiva, Valerie Bonham, por su pasión e inagotable compromiso por arrojar luz sobre la verdad, a los asesores generales, Paul Lombardo y Jonathan Moreno, por su sabiduría y experiencia, y al personal líder de la investigación, Brian Eiler, Eleanor Mayer y Kayte Spector-Bagdady, cuyo afán por la excelencia nos inspiró a todos.

PREFACIO

El 1 de octubre de 2010, el Presidente Barack Obama se comunicó por vía telefónica con el Presidente Álvaro Colom de Guatemala a fin de ofrecer una disculpa al pueblo de Guatemala por la investigación médica respaldada por los Estados Unidos y realizada en Guatemala entre 1946 y 1948. Una parte de la investigación supuso la infección intencional de personas con STD (“enfermedades de transmisión sexual”)¹ sin su consentimiento. Los sujetos fueron expuestos a enfermedades, como sífilis, gonorrea y chancroide y, entre ellos, se incluían prisioneros, soldados de diversas secciones del ejército, pacientes de un hospital psiquiátrico estatal y trabajadoras sexuales comerciales. Los experimentos serológicos que no comprendían la exposición intencional a la infección, que continuó hasta 1953, también eran realizados en estos grupos, así como en niños de escuela estatales, un orfanato y numerosas poblaciones rurales. El Presidente Obama expresó un “profundo pesar” por la investigación y garantizó el “compromiso inquebrantable” del gobierno de los Estados Unidos “por asegurar que todos los estudios médicos de seres humanos llevados a cabo en la actualidad cumplan con rigurosas” normas de protección de los seres humanos.²

Kathleen Sebelius, secretaria del DHHS (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de Estados Unidos, y Hillary Rodham Clinton, secretaria del Departamento de Estado, emitieron de inmediato una disculpa conjunta con el gobierno de Guatemala, así como con los sobrevivientes y descendientes de los afectados. Las secretarías Sebelius y Clinton consideraron estos experimentos como “claramente no éticos”, ampliaron las declaraciones de pesar del Presidente y se disculparon “ante todos los individuos que se vieron afectados por dichas prácticas de investigación abominables”.³ En aras de la apertura y libertad intelectual necesarias para restablecer la confianza y reparar el daño producido por estas revelaciones, las secretarías informaron que el gobierno de los Estados Unidos iniciaría una investigación independiente de esos eventos. Además, anunciaron la existencia de planes de la Comisión Presidencial para el Estudio de Asuntos de Bioética (la “Comisión”), con aportes de expertos internacionales, a fin de emprender una revisión integral de las protecciones de los sujetos humanos para “garantizar que todas las investigaciones médicas [respaldadas por los Estados Unidos] en seres humanos llevadas a cabo actualmente en el mundo cumplan con rigurosas normas éticas”.⁴

La indignación que denotó el gobierno de los Estados Unidos con estos anuncios repercutió en todo el mundo. Para algunos, la historia les recordó el caso infame del Estudio de la Sífilis No Tratada del PHS (Servicio de Salud Pública) de los Estados Unidos (conocido también con el “Estudio de la Sífilis de Tuskegee”) en el cual casi 400 hombres afroamericanos de Alabama con sífilis fueron excluidos del tratamiento durante casi 30 años mientras los investigadores del gobierno de los Estados Unidos observaban el avance de sus infecciones.⁵ Las similitudes entre estos dos casos fueron reveladoras. Estos casos surgieron del mismo laboratorio del Servicio de Salud Pública, el VDRL (Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas); en ellos participaron algunos de los mismos investigadores y se centraron, parcialmente, en la misma enfermedad. Ambos casos involucraron esfuerzos deliberados por engañar a los sujetos del experimento y a la comunidad en general que podría haber objetado el trabajo. Pero otros factores diferenciaron la investigación en Guatemala de la llevada a cabo en Tuskegee. La investigación en Guatemala finalizó antes de que se suspendiera el trabajo en Tuskegee y se desarrolló durante un período mucho más breve. Los sujetos de Guatemala fueron expuestos de manera intencional a las infecciones, eran miembros de diferentes poblaciones y ciudadanos de un país extranjero.

A medida que trascendieron detalles adicionales de la investigación, el presidente Obama dio a la Comisión la orden de realizar una evaluación prospectiva de la ética de la investigación y una revisión histórica de los eventos que se desarrollaron en Guatemala entre 1946 y 1948.⁶ El 24 de noviembre de 2010, encomendó a la Comisión para que, a partir de enero de 2011, esta “supervisara una exhaustiva investigación sobre los detalles” de los estudios en Guatemala.⁷ El Presidente, además, ordenó a la Comisión emprender “...una revisión integral de la protección [actual] de los sujetos humanos a fin de determinar si las regulaciones federales y las normas internacionales resguardan adecuadamente la salud y el bienestar de los participantes de estudios científicos respaldados por el gobierno federal”.⁸

La Comisión inició su trabajo en enero de 2011. Se llevaron a cabo tres asambleas públicas para tratar las solicitudes del Presidente. Durante estas asambleas, la Comisión obtuvo la opinión de expertos en derecho, historia, medicina y ética, y recabó testimonios de miembros del público. Con la doble responsabilidad de proporcionar una versión completa e imparcial de los

eventos, en gran parte, encubiertos durante casi 65 años y también proveer una evaluación del sistema actual, la Comisión decidió publicar dos informes. Este es el primer informe, una versión histórica y evaluación ética de los experimentos en Guatemala. El objetivo de este informe es revelar y contextualizar, en la medida de lo posible, lo que pueda conocerse en este momento sobre los experimentos que se realizaron hace casi 65 años. También se propone informar cuáles son los esfuerzos actuales y continuos para proteger los derechos y el bienestar de los sujetos sometidos a investigaciones respaldadas o llevadas a cabo por los Estados Unidos. El segundo informe sobre este tema, que se publicará a fines de 2011, abarcará las normas contemporáneas que protegen a los seres humanos sometidos a investigaciones realizadas en todo el mundo.

Muchas preguntas irresueltas fueron guiando el trabajo de la Comisión desde el comienzo de esta revisión histórica y a lo largo del proceso de investigación. Entre las preguntas generales por analizar, se incluyeron las siguientes:

- ¿Qué ocurrió en Guatemala entre 1946 y 1948 que involucró una serie de estudios de exposición a las STD financiado por el PHS de los Estados Unidos?
- ¿Hasta qué punto los funcionarios del gobierno de los Estados Unidos y demás participantes del establecimiento de la investigación médica conocían los protocolos de la investigación y hasta qué punto los facilitaron o asistieron activamente?
- ¿Cuál fue el contexto histórico en el que se realizaron los estudios?
- ¿De qué manera los estudios cumplían con las normas y las convenciones éticas y médicas relevantes del momento o cómo discrepaban de estas?⁹

En la búsqueda de respuestas a estas preguntas, la Comisión consideró diversos aspectos. Comenzó por los informes originales que documentaban las actividades en Guatemala descubiertos por la profesora del Wellesley College Dra. Susan M. Reverby en la Universidad de Pittsburgh en junio de 2003.¹⁰ El Dr. John C. Cutler, quien dirigió los estudios en Guatemala y luego desempeñó una función como miembro de la facultad en la Universidad de Pittsburgh, donó los registros a la universidad en 1990. La Dra. Reverby había presentado sus hallazgos de estos informes en una asamblea de mayo de 2010 de la Asociación Estadounidense de Historia de la Medicina.¹¹ De allí en adelante,

ella se comunicó con el Dr. David Sencer, exdirector de los CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades), quien notificó a los CDC de esta información. Cuando tomaron conocimiento de estos informes, los CDC comenzaron a revisarlos en la universidad. En septiembre de 2010, la universidad se comunicó con los CDC para solicitar la transferencia del material al gobierno federal, y los documentos se transfirieron, posteriormente, a los Archivos Nacionales y Administración de Documentos de los Estados Unidos.¹² Los Archivos Nacionales le otorgaron a la Comisión las copias de estos registros en diciembre de 2010.

La Comisión, además, buscó información de otras fuentes gubernamentales y no gubernamentales. El personal revisó de manera independiente los documentos de nueve archivos, que incluían los Archivos Nacionales, los Archivos de la Universidad de Pittsburgh y tres bibliotecas, como la biblioteca de la sede de la PAHO (Organización Panamericana de la Salud). La PASB (Oficina Sanitaria Panamericana), organización predecesora de la PAHO, patrocinó la investigación en Guatemala a través de un subsidio del Instituto Nacional de la Salud financiado por la División de Enfermedades Venéreas del PHS y su VDRL, que más tarde pasó a integrar los CDC.¹³ La Comisión buscó documentos en varios organismos gubernamentales, incluso los Departamentos de Defensa y de Asuntos de Veteranos de Estados Unidos. Los documentos también fueron solicitados al gobierno de Guatemala, a pesar de que no se recibió ninguno.¹⁴

En total, la Comisión revisó más de 125.000 páginas de los registros originales. Recopiló decenas de miles de páginas de informes de archivos relevantes y examinó más de 550 fuentes publicadas. La Comisión centró su revisión en el período comprendido entre 1935 y 1956, comenzando diez años antes de que se iniciara la primera planificación conocida de los experimentos en Guatemala y continuando hasta el año después de que el Dr. Cutler finalizó su último informe retrospectivo de los experimentos. Los documentos y publicaciones recolectados se conservan en los archivos de la Comisión. Estos informes se entregarán a los Archivos Nacionales para futuras investigaciones.

En el transcurso de más de seis décadas, la evidencia disponible para documentar los eventos es limitada. Además, el Dr. Cutler redactó la mayor parte de la información disponible de manera retrospectiva años después de

que se llevaron a cabo realmente los experimentos. Algunas de estas versiones retrospectivas incluyen información imprecisa o descripciones incompletas de los experimentos. La evidencia documental es, en muchos casos, dispersa e incompleta. El informe de la Comisión se confeccionó, y debe leerse, teniendo en cuenta las limitaciones inherentes de la investigación basadas, en gran parte, en las recolecciones de una sola persona, particularmente las de alguien que desempeñó un papel fundamental en la investigación.¹⁵

En los inicios de la investigación de la Comisión, su presidenta, Amy Gutmann, y su directora, Valerie Bonham, se reunieron con el vicepresidente guatemalteco, Rafael Espada, y compartieron sus respectivos planes para comenzar cuanto antes las investigaciones exhaustivas que se publicarían.¹⁶ Numerosos miembros del personal de la Comisión viajaron más tarde a Guatemala, en mayo de 2011, para reunirse con otra comisión a la que el gobierno de Guatemala había ordenado investigar los experimentos y visitar el Archivo General de Centroamérica de la ciudad de Guatemala y los sitios históricos relevantes.¹⁷

Cuando la Comisión comenzó sus indagaciones, todos acordaron que (a juzgar por lo que habían conocido hasta la fecha) la investigación sobre la exposición intencional realizada en Guatemala entre 1946 y 1948 era clara y gravemente errónea. El objetivo de la Comisión al realizar una investigación histórica más integral era revelar por completo los hechos relacionados con los experimentos y ofrecer una evaluación ética imparcial y honesta.

En resumen, las actividades de la PASB¹⁸ y el VDRL en Guatemala lideradas por el Dr. Cutler se desarrollaron, aproximadamente, entre julio de 1946 y diciembre de 1948, con un trabajo de seguimiento que continuó hasta 1953.¹⁹ La PASB construyó y abasteció un laboratorio de investigación de enfermedades venéreas en la ciudad de Guatemala para respaldar el trabajo y los acuerdos negociados que les otorgaron a los investigadores la autoridad necesaria para trabajar con funcionarios e instituciones de todo el gobierno de Guatemala, lo que incluyó centros de tratamiento del servicio de salud pública para las enfermedades venéreas, hospitales gubernamentales, instalaciones médicas, funcionarios de las fuerzas militares, instituciones que albergaban huérfanos y personas con enfermedades mentales, y el sistema penal. Muchos aspectos de la investigación eran cooperativos. Los costos fueron financiados por la PASB (para la administración, los viajes, la construcción y los suministros), la División

de Enfermedades Venéreas del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (que proporcionaba y pagaba directamente suministros y personal, así como también financiaba el subsidio otorgado desde la Oficina de Subsidios para la Investigación del entonces Instituto Nacional de la Salud de los Estados Unidos) y el gobierno de Guatemala (que financiaba directamente personal y facilitaba instalaciones).

Los estudios comprendieron la investigación de tres STD, sífilis, gonorrea y chancroide, e involucraron la exposición intencional a estas STD²⁰ de 1308 sujetos de investigación de tres poblaciones: prisioneros, soldados y pacientes psiquiátricos.²¹ De los 1308 sujetos expuestos a una STD, los investigadores documentaron alguna forma de tratamiento para 678 sujetos.²² Para transmitir las enfermedades, se usaba a trabajadoras sexuales comerciales,²³ que, en la mayoría de los casos, también eran infectados intencionalmente con las STD. Además, para mejorar los diagnósticos, los investigadores llevaron a cabo pruebas de diagnóstico en las que sometieron a prueba a 5128 sujetos²⁴, que incluían soldados, prisioneros, pacientes psiquiátricos, niños,²⁵ pacientes leprosos,²⁶ y personal de la Fuerza Aérea de la base estadounidense en Guatemala.²⁷ Esta prueba de diagnóstico, que incluyó extracciones de sangre así como también punciones lumbares y cisternales,²⁸ continuó hasta 1953.²⁹

La mayor parte de la información sobre los experimentos en Guatemala a disposición de la Comisión proviene de los informes que el Dr. Cutler donó al Centro de Servicios de Archivos de la Universidad de Pittsburgh (los Documentos de Cutler). Los documentos abarcan numerosos informes finales sobre los experimentos con las STD escritos en la década de 1950 (consultar la Tabla 1). El trabajo fue fomentado y respaldado por los líderes institucionales del PHS, el NRC (Consejo Nacional de Investigaciones), el Instituto Nacional de la Salud, y el director y director asistente del VDRL, así como también los científicos académicos líderes. Entre el personal de investigación para los experimentos en Guatemala, se incluían los líderes y el personal médico experimentado del gobierno de Guatemala; por ejemplo, los directores de la Sección de Enfermedades Venéreas del Servicio Nacional de Salud Pública, el hospital psiquiátrico nacional, el orfanato nacional y el departamento médico del Ejército (consultar la Tabla 2). Estos informes demuestran que dichos eventos contaban con la participación de numerosos funcionarios e investigadores en los Estados Unidos y en Guatemala. Los informes revelan las maneras desmesuradas

en las que los investigadores, algunas veces, usaban a las personas como meros medios para avanzar hacia lo que el Dr. Cutler solía denominar “pura ciencia”,³⁰ ocultada del escrutinio público en los Estados Unidos.

Es compleja la historia de los experimentos respaldados por los Estados Unidos para promover el conocimiento médico y proteger la seguridad nacional, con reglas y normas éticas en constante evolución.³¹ No obstante, los experimentos en Guatemala revelan de manera sorpresiva que, a pesar del conocimiento por parte de los funcionarios del gobierno y los expertos médicos independientes de las normas éticas básicas que existían en ese momento para evitar que los individuos fueran utilizados como meros medios para servir propósitos científicos y gubernamentales, esas normas fueron violadas. Estos eventos en Guatemala sirven como una lección sobre cómo la búsqueda de conocimiento científico sin considerar las normas éticas relevantes puede cegar a investigadores en relación con la humanidad de las personas a quienes reclutan para la investigación.

Como respuesta a casos como estos, los requisitos actuales para la protección de sujetos humanos en investigaciones financiadas por los Estados Unidos se expresan en la bibliografía sobre ética médica y a través de regulaciones gubernamentales, y convenios y declaraciones internacionales, que comparten determinadas normas y principios. Un requisito ético primordial es obtener el consentimiento informado de los sujetos. También son cruciales los requisitos para minimizar los riesgos, un equilibrio razonable entre riesgos y beneficios, una justificación médica lógica, la protección de la privacidad y la confidencialidad, y las protecciones especiales para aquellos que sean particularmente vulnerables, lo que incluye a menores y quienes cuya capacidad para tomar decisiones se vea afectada.³² Si bien, a menudo, todavía se realizan investigaciones en poblaciones vulnerables, por medio de métodos intencionales de exposición e infección y sin consentimientos informados, dichos estudios deben ser justificados, revisados y aprobados cuidadosamente, por lo general, con protecciones adicionales añadidas.³³

En los experimentos realizados en Guatemala, no se cumplió ninguno de los principios y requisitos reflejados en las normas mencionadas anteriormente. Y, en ese momento, los investigadores en Guatemala tenían conocimiento de varios de esos principios (o de todos). Su comportamiento en un caso similar

(solo dos años antes en los Estados Unidos) y la correspondencia contemporánea indican el conocimiento, y la negligencia, de los principios morales aceptados generalmente, tales como el respeto por la dignidad humana en el transcurso de su trabajo en Guatemala. Por todas estas razones, la Comisión resuelve que muchas de las acciones de los investigadores fueron moralmente incorrectas, y que los investigadores individuales y los funcionarios de gobierno fueron éticamente culpables.

ANTECEDENTES

En abril de 1947, el editor de ciencias del *New York Times* Waldemar Kaempffert publicó una nota en la que describía un experimento (de prevención) de profilaxis de sífilis por exposición intencional en conejos, el cual, en caso de que se pudiera llevar a cabo una investigación similar en seres humanos, prometía reducir la propagación de la enfermedad.³⁴ Los investigadores que realizaron ese experimento, que incluyeron colegas del Dr. John C. Cutler del mundo relativamente pequeño de los investigadores de enfermedades venéreas, habían

SYPHILIS PREVENTIVE—
Drs. Harry Eagle, Harold J. Magnuson and Ralph Fleischman of the United States Public Health Service, the Johns Hopkins School of Hygiene and the University of North Carolina have discovered that small doses of penicillin, injected within a few days after exposure, prevent syphilis from developing. The case holds good for rabbits, but no tests on human beings have yet been made. To settle the human issue quickly it would be necessary to shoot living syphilis germs into human bodies, just as Dr. Eagle shot them into rabbits. Since this is ethically impossible, it may take years to gather the information needed.
W. K.

Waldemar Kaempffert. Notes on Science: Syphilis Preventive. *New York Times*. 27 de abril de 1947.

demostrado que la penicilina inyectada al cabo de unos pocos días después de la exposición podía prevenir las infecciones de sífilis.³⁵ No obstante, Kaempffert observó que sería “éticamente imposible” emprender tal investigación e “infectar a seres humanos con gérmenes vivos de la sífilis”.³⁶ Por lo tanto, podrían pasar años antes de poder llegar a conclusiones similares en los seres humanos.³⁷ El artículo de Kaempffert les resultó particularmente interesante al Dr. Cutler y sus colegas, quienes habían estado planificando precisamente el mismo tipo de experimento durante meses, y estaban a punto de comenzar lo que Kaempffert describió como éticamente imposible aplicado a prisioneros y pacientes psiquiátricos en Guatemala.³⁸



Thomas Parran
De la Biblioteca Nacional de Medicina

Durante mucho tiempo, las STD fueron una preocupación para el gobierno estadounidense. En 1938, el cirujano general de los Estados Unidos Thomas Parran brindó testimonio ante el Congreso en favor de la legislación propuesta para expandir los fondos para los esfuerzos de prevención de la salud pública y la investigación científica en este campo.³⁹ Se necesitaban “hombres y municiones” en la batalla contra la sífilis y demás STD,

OPCIONES DE TRATAMIENTO PARA LAS STD

La era moderna del tratamiento para la sífilis comenzó en 1909 cuando el Dr. Paul Ehrlich desarrolló el Salvarsán, un compuesto a base de arsénico. El bismuto utilizado en combinación con mercurio o compuestos a base de arsénico se convirtió en un tratamiento popular para la sífilis a principios de la década de 1920, a pesar de que los pacientes lo creyeron complicado, demandante e, incluso, tóxico. El tratamiento con arsénico siguió siendo el tratamiento principal para la sífilis hasta 1943, cuando se demostró la efectividad de la penicilina. En 1938, la sulfanilamida se convirtió en el primer método confiable para curar la gonorrea. Las sulfonamidas todavía se utilizaban para tratar la gonorrea cuando comenzó la participación de los Estados Unidos en la Segunda Guerra Mundial en 1941.



John F. Mahoney
De la Fundación Lasker

como la gonorrea.⁴⁰ El Dr. Parran buscó respaldo del PHS para completar “los estudios, las investigaciones y las demostraciones que son necesarios para desarrollar de manera más eficaz medidas de prevención, tratamiento y control de las enfermedades venéreas... [para que] la ciencia nos proporcione un método de tratamiento mucho más eficaz que el que tenemos ahora”.⁴¹

El Dr. Parran también enfatizó la necesidad de contar con más fondos para capacitar a los médicos que se ocuparían del frente de ataque contra las STD, que presentaban una enorme amenaza para los miembros de las fuerzas militares, así como la población en general. Operar sin esos fondos “sería como enviar un buque de batalla al mar sin comandantes ni tripulación capacitados a bordo”, expresó el Dr. Parran.⁴²

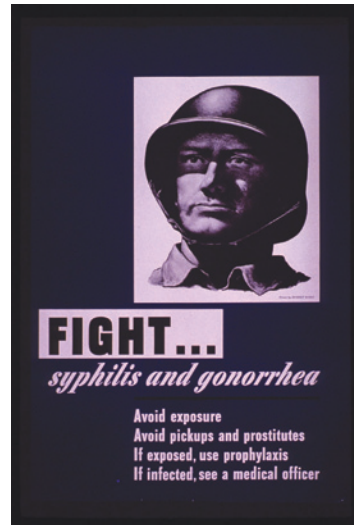
Los nuevos desarrollos en el tratamiento de las STD y la profilaxis estaban pendientes. Para comienzos de la Segunda Guerra Mundial, ya se había utilizado el mismo sistema de profilaxis química durante más de 30 años en el Ejército y la Marina de los Estados Unidos.⁴³ Según el procedimiento, los hombres debían orinar y lavarse con agua y jabón, como primera medida. Luego inyectaban un proteínato de plata en sus penes para prevenir la gonorrea y se frotaban un ungüento de calomelanos sobre sus penes y región púbica para prevenir la sífilis.⁴⁴ Estos métodos se habían adoptado sobre la base de “estudios estadísticos poco controlados y relativamente no convincentes que se habían

llevado a cabo en el campo”.⁴⁵ En relación con la necesidad de volver a evaluar el régimen de la profilaxis que seguían las fuerzas armadas, el experto en STD, Dr. John F. Mahoney, quien era entonces el jefe del VDRL del PHS en Staten Island (Nueva York), expresó: “[l]a prevención contra la invasión principal del sexo masculino causada por las espiroquetas de la sífilis, como medio para reducir la pérdida de efectividad que resulta incidental para la enfermedad establecida, aún continúa siendo uno de los problemas más urgentes de la medicina militar”.⁴⁶

Cuando comenzó la Segunda Guerra Mundial, científicos, médicos y funcionarios de la salud pública consideraron los pasos necesarios para tratar las STD que se desarrollaban en las tropas en tiempos de guerra. El Dr. Joseph Earle Moore, presidente del Subcomité de Enfermedades Venéreas del NRC⁴⁷, escribió que esperaba “aproximadamente 350.000 nuevas infecciones de gonorrea [en las Fuerzas Armadas], [las cuales] causarán 7.000.000 días-hombre perdidos por año, el equivalente a dejar sin efecto durante un año completo la fuerza total de dos divisiones militares o de diez portaaviones”.⁴⁸ El Dr. Moore estimó que el costo de tratar las infecciones anticipadas sería de \$34 millones (aproximadamente \$440 millones de la actualidad, adaptados por la inflación).⁴⁹



Arriba y arriba a la derecha: Afiches sobre enfermedades venéreas De la Biblioteca Nacional de Medicina



La nueva OSRD (Oficina de Investigación Científica y Desarrollo) establecida por el Presidente Franklin D. Roosevelt (consultar la Figura 1) y su CMR (Comité de Investigación Médica)⁵⁰ les brindó a los investigadores de STD una oportunidad sin precedentes para movilizar fondos federales a fin de mitigar estas amenazas.⁵¹ La

OSRD sirvió “para iniciar y respaldar una programa de investigación [para] utilizar al personal y los recursos científicos de la nación” y “asistir y coordinar las actividades de investigación llevadas a cabo por otros departamentos y organismos gubernamentales”.⁵² Dentro de esta oficina, la orden principal del CMR consistía en centrarse en “los problemas médicos que afectaban la defensa nacional”.⁵³ A través de estas nuevas entidades, el gobierno estadounidense aumentó de manera considerable y en un breve lapso el monto de dinero disponible para la investigación médica.⁵⁴

Además de presidir el Subcomité de Enfermedades Venéreas (consultar la Figura 2) del NRC, el Dr. Moore dirigió la División de Enfermedades Venéreas de la Universidad Johns Hopkins y se desempeñó como asesor de los cirujanos generales del Ejército y la Marina de los Estados Unidos, y el PHS respecto del control de las STD.⁵⁵ Los comités del NRC proporcionaron las evaluaciones iniciales de las propuestas enviadas al CMR, que recomendaban la aprobación o el rechazo al Dr. Vannevar Bush, director de la OSRD.⁵⁶ Más tarde, Moore presidió la sección del estudio de 1946 que aprobó la investigación en Guatemala. Los comentarios del Dr. Moore estaban a favor de presentar una propuesta al CMR para establecer un nuevo programa de investigación clínica para estudiar la profilaxis química contra la gonorrea. El estudio sería llevado a cabo con “voluntarios humanos” y se realizaría en una prisión. Si bien fue propuesto inicialmente por investigadores de la universidad, fueron los investigadores del PHS, incluido el Dr. Cutler, quienes realizaron la investigación en 1943 y 1944.



Joseph Moore De Louis Fabian Bachrach

Experimentos en la prisión Terre Haute, 1943-1944

Los experimentos de Terre Haute, que se desarrollaron en la penitenciaría estadounidense de Terre Haute (Indiana) ofrecen importantes similitudes y diferencias con los experimentos realizados varios años después en Guatemala. Muchas de las mismas personas involucradas en los experimentos de Guatemala llevaron a cabo y respaldaron los experimentos de Terre Haute, entre ellas, el Dr. Cutler, el Dr. John F. Mahoney, el Dr.



Cassius Van Slyke
De la Biblioteca Nacional de Medicina

Thomas Parran, el Dr. Joseph Earle Moore, y el Dr. Cassius J. Van Slyke. Los experimentos de Terre Haute tenían los mismos objetivos que los de Guatemala (es decir, hallar una profilaxis adecuada contra las STD) y poseían un diseño de estudio similar.

La planificación de los experimentos comenzó en octubre de 1942,⁵⁷ cuando el Dr. Charles M. Carpenter, investigador de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Rochester, se comunicó con el Dr. Moore para solicitar un posible respaldo a fin de llevar a cabo una investigación sobre profilaxis contra la gonorrea en seres humanos después de exponerlos intencionalmente a la *Neisseria gonorrhoeae*, la bacteria que produce dicha enfermedad. El Dr. Moore remitió la solicitud al Dr. A.N. Richards, presidente del CMR.⁵⁸ Richards respondió prontamente que la experimentación con seres humanos era “no solo deseable sino también necesaria para el estudio de muchos de los problemas que surgen en la medicina en tiempos de guerra”.⁵⁹ El Dr. Richards enfatizó restricciones rigurosas para el consentimiento informado:

“Cuando se corre algún riesgo, solo se deben usar como sujetos a los voluntarios y solo después de que se hayan explicado completamente los riesgos y de que se hayan obtenido declaraciones firmadas que prueben que el voluntario ofreció sus servicios con pleno conocimiento y que renunció a los reclamos por daños. Se debe conservar un registro preciso de los términos en que se describieron los riesgos”.⁶⁰

Posteriormente, el Dr. Moore organizó una reunión del Subcomité de Enfermedades Venéreas del NRC,⁶¹ en la cual el Dr. Carpenter y su colega investigador, Dr. Alfred M. Cohn, del Departamento de Salud de la ciudad de Nueva York, analizaron sus ideas. El Subcomité del NRC⁶² acordó que el Dr. Moore, como Presidente, debía “intentar obtener respaldo oficial del gobierno... a través de los cirujanos generales del Ejército, la Marina y el Servicio de Salud Pública, el Comité de Investigación Médica y la OSRD”.⁶³

Los esfuerzos del Dr. Moore tuvieron sus frutos. En noviembre y a principios de diciembre de 1942, los líderes del PHS, el Ejército y la Marina apoyaron la propuesta que había iniciado el Dr. Carpenter, siempre y cuando solo los “voluntarios” fueran expuestos a la infección. El Dr. Thomas Parran, cirujano general del PHS, justificó su respaldo:

“Debido a la enorme prevalencia de la gonorrea y su importancia en la producción de [sic] días-hombre inefectivos tanto en las fuerzas armadas como en la población civil, considero que los experimentos de inoculación humana propuestos por el doctor Carpenter son justificables si se selecciona a sujetos humanos según su voluntad”.⁶⁴

El coronel John A. Rogers, oficial ejecutivo del Cuerpo Médico del Ejército de los Estados Unidos aceptó “que el Consejo Nacional de Investigaciones [debía] emprender una investigación en busca de una profilaxis efectiva y un tratamiento mejorado para las infecciones gonocócicas, por medio de voluntarios humanos seleccionados”.⁶⁵ Explicó que “cualquier avance realizado en este campo tendrá una importancia directa en la conservación de los recursos humanos que participan en la guerra y se espera que el Consejo [Nacional de Investigaciones] pueda llevar a cabo dicha investigación”. El cirujano general de la Marina de los Estados Unidos, Dr. Ross T. McIntire, también coincidió y enfatizó “que la incidencia de la gonorrea en las fuerzas armadas y la pérdida de la fuerza laboral ocasionada por esta enfermedad constituyen un problema de gran importancia militar”.⁶⁶ Como consecuencia, observó que “[e]l experimento crucial en el desarrollo de nuevos agentes profilácticos contra la gonorrea yace en la inoculación experimental de voluntarios humanos”.⁶⁷

El Subcomité de Enfermedades Venéreas del Dr. Moore, esta vez con el jefe del CMR, Dr. A.N. Richards,⁶⁸ se reunieron nuevamente a principios de diciembre de 1942.⁶⁹ Se aprobó la propuesta y se recomendó que Moore organizara una conferencia con los miembros que haya seleccionado para especificar aún más los detalles del experimento y los riesgos relacionados.⁷⁰ El Dr. Richards instó al Dr. Moore a convocar al grupo de la conferencia “de inmediato”.⁷¹

El grupo de conferencia del Dr. Moore se reunió prontamente a fines de diciembre para idear planes específicos.⁷² La propuesta incluía un protocolo de investigación detallado, un conjunto de objetivos claros y un formulario

de renuncia del participante que detallaba los procedimientos y los riesgos relacionados con los experimentos.⁷³ El proyecto “estudiaría la efectividad de dos tipos de profilaxis contra la gonorrea: (1) la acción protectora de compuestos de sulfonamida administrados por boca antes de la exposición a la enfermedad y (2) la acción profiláctica de agentes químicos aplicados localmente en el tracto genital después de la exposición a la enfermedad”.⁷⁴

De acuerdo con las opiniones de los cirujanos generales, el Dr. Carpenter afirmó que “[s]olo se aceptaban voluntarios”.⁷⁵ El formulario de renuncia propuesto describía explícitamente los procedimientos involucrados y los riesgos relacionados con el experimento.⁷⁶ Se usaron términos coloquiales (“blenorrea,” “gota militar” y “purgación”) para la gonorrea, además de jerga médica, y se estableció que los individuos serían expuestos a la infección “aplicándoles el germen en el extremo del pene”.⁷⁷ El formulario proporcionaba una explicación de los riesgos, incluso el hecho de que no todos los sujetos responderían a “los métodos modernos de tratamiento” y que podrían surgir complicaciones al ser tratados con métodos antiguos. También detallaba los efectos secundarios del “tratamiento moderno”.⁷⁸ Según el formulario, un recluso debía renunciar a la responsabilidad y el funcionario a cargo debía otorgarle autorización antes de que el recluso pudiera ser voluntario del experimento.⁷⁹

El problema de la autorización ética y legal de la exposición intencional de seres humanos a las STD permaneció irresuelto. El Dr. O.H. Perry Pepper, presidente del Comité de Medicina del NRC,⁸⁰ indagó a los miembros sobre el experimento. El Dr. James E. Paullin, presidente de la Asociación Médica Estadounidense⁸¹ y uno de los miembros del comité, argumentó que, finalmente, los datos del experimento “caerían en manos de un abogado muy inescrupuloso” y las renuncias firmadas por los sujetos no constituirían una protección legal suficiente para aquellos involucrados.⁸² Como consecuencia, votó por el rechazo del experimento, a pesar de que respaldaba su valor científico. Otro miembro que avaló el mérito científico de los experimentos, el Dr. Arthur Bloomfield, cuestionó el aspecto de las “relaciones públicas” de la investigación.⁸³

Con los miembros del NRC planteando dudas sobre el trabajo, el Dr. Moore se reunió en enero de 1943 con otro grupo que incluía al jefe del CMR, Richards, y el abogado de la OSRD, James B. Donovan.⁸⁴ En la conferencia, Richards informó que había analizado el asunto con el Dr. Vannevar Bush, director de la OSRD, quien también había cuestionado la legalidad de los experimentos

y las posibilidades de una reacción pública adversa.⁸⁵ Entre otros problemas, las limitaciones de la ley del estado de Nueva York plantearon inquietudes acerca del plan original de llevar a cabo el experimento en una prisión estatal.⁸⁶ Donovan sugirió la posibilidad de utilizar prisioneros federales, prisioneros del Ejército u objetores de conciencia como alternativa.⁸⁷ El grupo acordó que si la OSRD aprobaba los experimentos con fundamentos científicos, se comunicaría con el Procurador General de los Estados Unidos para obtener asesoramiento legal adicional.⁸⁸

En febrero de 1943, con el trabajo de base establecido, el subcomité del Dr. Moore finalizó una propuesta para presentar ante la OSRD. La propuesta enfatizaba la importancia de la investigación para el esfuerzo de guerra y delineaba los métodos profilácticos usados entonces en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos.⁸⁹ El subcomité notó que la profilaxis química administrada en ese momento era altamente insatisfactoria para los hombres⁹⁰, ya que era “bochornosa, reveladora ante los compañeros soldados y marines, levemente molesta, demandante y desordenada”.⁹¹

El subcomité recomendó que los experimentos se condujeran en hombres de prisiones estatales y cárceles de la ciudad por diversas razones.⁹² En primer lugar, porque estarían aislados de las mujeres. El subcomité enfatizó que los voluntarios debían vivir “en condiciones que les impidieran mantener relaciones sexuales durante el lapso de seis meses, aproximadamente”.⁹³ Además, los prisioneros debían permanecer bajo supervisión médica durante el período requerido.⁹⁴ El subcomité especulaba que los prisioneros también querían ayudar a ganar la guerra y, de ese modo, participarían para demostrar su patriotismo.⁹⁵ El entorno de la prisión, además, proporcionaba instalaciones médicas a entera disposición.⁹⁶ Finalmente, el subcomité observó que, debido a que muchos prisioneros habían contraído gonorrea anteriormente, podrían demostrar menos preocupación por los riesgos relacionados con el experimento.⁹⁷

Al describir la propuesta del subcomité, el Dr. Moore explicó que, por diferentes razones, el grupo rechazaba otras posibles poblaciones.⁹⁸ Ambos grupos, soldados y personas que vivían en instituciones psiquiátricas, eran considerados poblaciones experimentales inaceptables. Según el subcomité, no se podía utilizar personal militar, ya que no se los podría someter a un aislamiento sexual y las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos no querían que el personal militar ocupara tiempo de entrenamiento o de combate para participar en

el experimento.⁹⁹ También se consideraba que los individuos albergados en instituciones psiquiátricas eran inaceptables. El Dr. Moore explicó lo siguiente: “[e]ste grupo poblacional nunca se ha considerado seriamente, debido a que es claramente indeseable someter a un procedimiento experimental a personas incapaces de proporcionar consentimiento voluntario”.¹⁰⁰

El subcomité solicitó al CMR tratar dos problemas sobre los experimentos: (1) “la legalidad” y (2) “la viabilidad”, que parecen haber sido referencias para la posible opinión pública adversa.¹⁰¹ A pesar de estas cuestiones, Moore comunicó la perspectiva del subcomité que establecía que el experimento era legal, no obstante algunos estatutos a nivel estatal posiblemente contrarios,¹⁰² y que la opinión pública probablemente estaría de acuerdo con “cualquier propósito científico lógico” para combatir las STD.¹⁰³ También observó que, en 1939, se informó un experimento con hombres infectados y trabajadoras sexuales comerciales no infectados en la prensa popular (por el periodista Paul de Kruif) y en el boletín de la *Asociación Médica del Estado de Oklahoma*,¹⁰⁴ sin protestas subsiguientes por parte del público.¹⁰⁵ En ese experimento, las trabajadoras sexuales comerciales que no estaban infectadas con gonorrea recibían una profilaxis anterior a la exposición y luego mantenían relaciones sexuales con hombres infectados con la enfermedad (a pedido de los investigadores; el experimento no fue meramente observacional).¹⁰⁶ El subcomité recomendó que el CMR aprobara la propuesta.¹⁰⁷

Más tarde ese mes, la OSRD investigó la legalidad de los experimentos. El Dr. Bush se comunicó con el procurador general asistente Oscar Cox quien analizó el asunto con el fiscal general Francis Biddle.¹⁰⁸ Cox y Biddle convinieron en lo siguiente:

“El problema no es de índole legal, sino política. No deberían existir cuestionamientos respecto de la legalidad de los experimentos, en ausencia de disposiciones legales específicas que indiquen lo contrario. Si bien los experimentos podrían considerarse violaciones técnicas a la ley en una jurisdicción en particular, toda acusación penal debería defenderse fácilmente”.¹⁰⁹

Cox, asimismo, descartó los riesgos políticos; argumentó que los experimentos no deberían ser obstaculizados por dichas críticas en “tiempo de guerra”.¹¹⁰

A poco más de dos semanas después de presentar la propuesta del subcomité del NRC a la OSRD, el Dr. Moore se comunicó con James Bennett, director de la Oficina de Prisiones, ya que el Dr. Bush respaldaba el uso de prisioneros federales, no estatales, para el experimento.¹¹¹ Luego de recibir la “declaración detallada del plan de procedimiento propuesto”¹¹² del Dr. Moore, Bennett respaldó la propuesta con unas pocas condiciones.¹¹³ Los investigadores no debían prometer indultos ni conmutaciones de sentencias como incentivo para obtener voluntarios;¹¹⁴ sin embargo, estuvo de acuerdo en que la Junta de Libertad Condicional considerara la participación de los reclusos en la investigación cuando reunieran los requisitos para obtener dicha clase de libertad.¹¹⁵ Se les podía pagar a los voluntarios \$100 por cada participación,¹¹⁶ pero Bennett cuestionó el efecto de que algunos recibieran estos beneficios en los prisioneros que no fueran seleccionados para participar. Le indicó al Dr. Moore que llevara a cabo los experimentos en secreto “a fin de proteger la moral general de numerosas instituciones [penitenciarias]”.¹¹⁷

Con la Oficina de Prisiones dispuesta a participar, el liderazgo de la NAS (Academia Nacional de Ciencias) y el NRC, su agencia operativa, respondieron a los cuestionamientos del Dr. Bush sobre la legalidad y la ética del experimento. En marzo de 1943, el Dr. Frank B. Jewett, presidente de la NAS y jefe de los Bell Telephone Laboratories, junto con el Dr. Ross G. Harrison, presidente del NRC y profesor emérito en la Universidad de Yale, le escribieron al Dr. Bush, quien había preguntado a los científicos “si la Academia y el Consejo, habiendo considerado la posibilidad de una reacción pública, están dispuestos a enfrentar los riesgos en vista de los resultados alcanzables”.¹¹⁸ Los doctores Jewett y Harrison desistieron de hablar en nombre de la NAS o el NRC, pero ofrecieron al Dr. Bush sus “opiniones personales en [su] capacidad de funcionarios”.¹¹⁹ Con esa calificación, ambos profesionales respaldaron los experimentos, teniendo en cuenta que las actitudes hacia las STD se habían tornado más progresivas y que el público tenía interés en proteger a los hombres de los servicios militares.¹²⁰ Estos hechos, sugirieron ellos, podrían ayudar a justificar el experimento en caso de que más tarde surgieran preguntas sobre la infección intencional de los prisioneros.¹²¹

Con el respaldo colectivo de las esferas más altas de la clase médica dirigente de la nación y con el consentimiento del fiscal general, el Dr. Bush aprobó el experimento a principios de marzo.¹²² Solo cuatro prisiones federales contaban

con instalaciones médicas adecuadas.¹²³ Se tuvieron en consideración todas las penitenciarías federales de Terre Haute, Atlanta, el estado de Nueva York y Leavenworth, pero la de Terre Haute contaba con las mejores instalaciones médicas.¹²⁴ El Dr. Parran ya había identificado las instalaciones médicas de alta calidad disponibles como uno de los beneficios de llevar a cabo el experimento en una prisión federal,¹²⁵ y Terre Haute constituía la mejor opción para capitalizar ese beneficio.

El Dr. Bush ordenó que el PHS realizara el experimento, en lugar de que lo hiciera el equipo de investigadores de la universidad de los doctores Carpenter y Cohn.¹²⁶ Mientras que antes la función del PHS era limitada, como la del Ejército y la Marina de los Estados Unidos, a simplemente avalar el mérito científico y opinar sobre las restricciones éticas y legales de la propuesta del NRC de Moore y la investigación de la universidad, ahora estaba a cargo del trabajo. En abril de 1943, el Dr. R.A. Vonderlehr, cirujano general asistente del PHS, le escribió al Dr. Moore respecto del nuevo rol del PHS.¹²⁷ Un investigador del PHS que estaba a cargo de los experimentos también garantizaría el respaldo de la Oficina de Prisiones. Explicó lo siguiente:

“El Sr. James Bennett de la Oficina de Prisiones ha perdido interés en el proyecto propuesto... el Sr. Bennett tiene muy buena impresión del Servicio de Salud Pública y, si le garantizamos que la investigación será realizada por funcionarios habituales de nuestro Servicio, creo que demostrará mucho más interés del que ha mostrado en las últimas semanas”.¹²⁸

Dentro del PHS, la responsabilidad de llevar a cabo la investigación recayó en el VDRL. El VDRL surgió en 1927 bajo la División de Enfermedades Venéreas del PHS, liderada por el Dr. Thomas Parran, quien más tarde se convirtió en cirujano general.¹²⁹ En el Hospital de la Marina de los Estados Unidos de Staten Island (Nueva York), se estableció un pequeño laboratorio que desarrollaba experimentos con el fin de estudiar los métodos para tratar la sífilis y la gonorrea.¹³⁰ También se llevaron a cabo estudios clínicos con la cooperación del personal del hospital.¹³¹

El Dr. John F. Mahoney tuvo a su cargo el laboratorio y contó con la participación del Dr. Cassius J. Van Slyke como subdirector.¹³² El Dr. Mahoney, graduado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Marquette en 1914,

se había unido al PHS en 1917 como científico asistente.¹³³ En 1918, fue nombrado cirujano asistente en el Cuerpo de Comisionados del PHS.¹³⁴ El Dr. Mahoney fue asignado al Hospital de la Marina de Staten Island y llegó a ser el director del VDRL en 1929.¹³⁵

El Dr. Van Slyke, graduado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Minnesota en 1928, se unió al VDRL de Staten Island en 1936, luego de ocho años como practicante de medicina general. Trabajó en Staten Island hasta agosto de 1944, cuando se mudó a Washington D. C. para convertirse en Jefe asistente de la División de Enfermedades Venéreas del PHS.



Hospital de la Marina en Staten Island
De la Biblioteca Nacional de Medicina

En junio de 1943, el Dr. Mahoney realizó una propuesta formal ante el CMR de la OSRD.¹³⁶ La propuesta de Mahoney indica que la OSRD y el PHS dividieron los costos de los experimentos.¹³⁷ El presupuesto solicitado para el primer año del experimento era de \$45.200,¹³⁸ monto que incluía los salarios para un médico y dos bacteriólogos, además de “dos funcionarios médicos y un bacteriólogo que se iban a designar” del PHS.¹³⁹

Implementación de los experimentos

El trabajo en Terre Haute comenzó en septiembre de 1943 bajo la conducción del Dr. Mahoney en Staten Island y su joven asistente, el Dr. Cutler, en la prisión.¹⁴⁰ El Dr. Cutler, de 28 años de edad, era relativamente novato en el PHS, ya que se había incorporado en 1942, el año después de su graduación de la Facultad de Medicina de la Universidad Western Reserve, en Cleveland.¹⁴¹ Luego de desempeñarse durante un año como funcionario médico de la Guardia Costera de los Estados Unidos, a principios de 1943, el Dr. Cutler se trasladó al VDRL de Staten Island.¹⁴² El Dr. Henrik Blum, otro funcionario novato del PHS asignado al VDRL, se dirigió junto con Cutler hacia Terre Haute para colaborar con el desarrollo de los experimentos.¹⁴³

Los investigadores exigían que los participantes tuvieran, al menos, 21 años de edad y “[g]arantizaran que el voluntario comprendía completamente el propósito subyacente del estudio y los posibles riesgos relacionados”.¹⁴⁴ Al finalizar los experimentos, los participantes recibían \$100 dólares, un certificado de cumplimiento y una carta de recomendación para la Junta de Libertad Condicional.¹⁴⁵ Los documentos no indican si se les informaba por anticipado a los prisioneros que recibirían una carta de recomendación para la Junta de Libertad Condicional, pero la desaprobación de Bennett de esos incentivos sugiere que no fue así.¹⁴⁶

En total, 241 prisioneros participaron en los experimentos, que finalizaron en 1944.¹⁴⁷ Durante la primera etapa del experimento, los investigadores debían desarrollar una técnica uniforme para producir la gonorrea en los sujetos. En octubre de 1943, Mahoney, Cutler y su equipo iniciaron los esfuerzos para infectar a los sujetos a través de la exposición artificial, un año después de que el Dr. Carpenter le propusiera por primera vez el trabajo al Dr. Moore.¹⁴⁸ Se inoculaba a todos los sujetos por medio de bacterias depositadas en el extremo del pene.¹⁴⁹ Los investigadores probaron con diferentes cepas y concentraciones de gonorrea.¹⁵⁰ Al menos algunas de las cepas eran recogidas de las trabajadoras sexuales comerciales locales, quienes eran examinadas por el Dr. Blum después de que la policía local las arrestara en Terre Haute.¹⁵¹

Cinco meses después de comenzar los trabajos para inducir intencionalmente la infección de la gonorrea, los investigadores se enfrentaron a importantes desafíos. El Dr. Mahoney, como líder del proyecto, le rendía cuentas al subcomité del NRC del Dr. Moore, el cual mantenía, al menos, la responsabilidad indirecta, o quizás directa, de supervisar el trabajo.¹⁵² Explicó que los investigadores no lograban producir de manera uniforme la infección en los voluntarios de la prisión y opinó que la futura investigación no tenía posibilidades de ser exitosa.¹⁵³ Preguntó si los experimentos debían discontinuarse y, en caso de que no, si debían ser recalibrados para centrarse en otros asuntos.¹⁵⁴

A pesar de las preocupaciones de Mahoney, el subcomité del NRC estuvo a favor de la continuidad de los experimentos. En su reunión de febrero de 1944, el grupo llegó a esta conclusión:

“Nunca antes surgió una oportunidad de semejante magnitud para realizar un estudio experimental sobre la infección gonocócica en

voluntarios humanos y su relación con la profilaxis química de la gonorrea y, si se concluye este estudio, es poco probable que vuelva a surgir a menos que sea bajo el ímpetu de una futura guerra”.¹⁵⁵

Con la exigencia de la guerra y luego de un año y medio de grandes esfuerzos, el comunidad científica representada en el NRC ordenó al Dr. Mahoney y al PHS continuar con el trabajo. Bajo la conducción de Mahoney, el Dr. Cutler se propuso hallar un método confiable para infectar a los prisioneros. Los resultados continuaban siendo desfavorables. Una vez más, en abril de 1944, se reunió un grupo de conferencia, esta vez en Terre Haute, para “revisar todas las circunstancias en relación con el estudio de la profilaxis de la gonorrea... que se estaba desarrollando en la institución de Terre Haute”.¹⁵⁶ Los asistentes¹⁵⁷ de la conferencia estuvieron de acuerdo en que los investigadores debían intentar un enfoque más que involucrara “tipos de colonias” particulares de gonorrea y decidieron que si eso no funcionaba, era, quizás, momento de interrumpir el estudio.¹⁵⁸ Todos los métodos de infección arrojaban resultados insatisfactorios.

En junio de 1944, el Dr. Mahoney informó al subcomité de Moore que no continuaría el trabajo.¹⁵⁹ Al describir sus sentimientos sobre esta decisión un tiempo después, Cutler se refirió al “golpe” que había sido “discontinuar el proyecto en Terre Haute”.¹⁶⁰ Los experimentos finalizaron un mes más tarde, en julio de 1944, diez meses después de su inicio. Mahoney atribuyó su decisión a la incapacidad de inducir la infección de manera confiable. En su informe final, concluyó lo siguiente: “A pesar de usar diferentes cepas de *Neisseria gonorrhoea* y de modificar los métodos de cultivo del organismo y su inoculación, fue imposible lograr la infección con el nivel de regularidad necesario para las pruebas de agentes profilácticos”.¹⁶¹

La versión preliminar de una historia de la OSRD, escrita en 1946, explica que “[l]os esfuerzos se realizaron para producir una gonorrea experimental en estos voluntarios por medio de casi todos los recursos posibles, *excepto la inoculación intrauretral con pus extraído directamente del cuello uterino o de la uretra de mujeres infectadas, o mediante el método natural de infección: el contacto sexual*” (énfasis añadido).¹⁶² El documento de la OSRD no incluye comentarios que indiquen que “el método natural de infección”, que fue utilizado en Guatemala en 1947, sería un próximo paso adecuado. Pero sí mencionó que las preguntas científicas investigadas en Terra Haute seguían sin respuesta. “Aún se desconoce”, según el texto del documento, “si algún agente profiláctico, incluso

el proteinato de plata que las Fuerzas Armadas habían usado durante treinta y cinco años, [tiene] valor alguno en la prevención de esta enfermedad”.¹⁶³

Los doctores Mahoney, Van Slyke, Cutler y Blum publicaron los resultados de los experimentos en la Revista estadounidense de sífilis y gonorrea en enero de 1946, casi al mismo tiempo en que se desarrollaban los planes para el trabajo en Guatemala.¹⁶⁴ Los investigadores concluyeron que “[n]inguna de las técnicas de exposición empleadas pudo producir la enfermedad con una uniformidad que se considerara adecuada para realizar un estudio de profilaxis experimental”.¹⁶⁵ No obstante, sí mencionaron que “el método más efectivo para transmitir la infección a los voluntarios era... la transferencia directa de secreciones desde el paciente infectado a la uretra de los voluntarios sanos”.¹⁶⁶ También observaron “un índice considerablemente menor de infecciones experimentales en aquellos pacientes con antecedentes de infección de gonorrea”.¹⁶⁷

Los experimentos en Terre Haute presagiaron el trabajo en Guatemala de diversas maneras. Demostraron cómo los líderes militares y científicos buscaban activamente mejorar los métodos para combatir las STD y su predisposición para avalar los experimentos que usaban voluntarios humanos a fin de mejorar la profilaxis de las STD.¹⁶⁸ También proporcionaron un incentivo científico para realizar los experimentos en Guatemala: la incapacidad de desarrollar un método confiable de infección con gonorrea en Terre Haute hizo que los científicos no pudieran lograr el objetivo principal de la investigación, una profilaxis más efectiva, y que se plantearan estrategias alternativas de infección. Los investigadores y el comité revisor vieron los experimentos de Terre Haute como una oportunidad peculiar y tanto el Dr. Cutler como el Dr. Mahoney consideraron que el trabajo no estaba terminado. La oportunidad de realizar experimentos adicionales en Guatemala les presentó una nueva ocasión inesperada y bienvenida.

La investigación en Terre Haute sentó un precedente importante para explorar y aplicar restricciones éticas relacionadas con el consentimiento individual. Estas consideraciones no limitaron la investigación posterior en Guatemala. Realizar los experimentos en Guatemala brindó la oportunidad de trabajar con menos preocupación por algunos de los obstáculos clave relacionados con los experimentos de Terre Haute: temor a las consecuencias legales adversas y mala publicidad.¹⁶⁹

Desarrollos en la ciencia y prevención de las enfermedades de transmisión sexual

En junio de 1943, mientras presentaba los planes para los experimentos de Terre Haute ante el CMR de la OSRD, el jefe del VDRL, Dr. John Mahoney comenzó a estudiar los efectos de la penicilina sobre la sífilis en sujetos humanos.¹⁷⁰ Mediante un ensayo limitado a cuatro personas junto con los colegas R.C. Arnold y Ad Harris, ambas trabajadoras en el VDRL, los investigadores demostraron que ocho días de uso de la penicilina ocasionaba “una desaparición más o menos rápida y completa” de la enfermedad.¹⁷¹ El tratamiento convencional con arsénico requería, por lo general, 18 meses para completarse y tenía muchos efectos secundarios impredecibles.¹⁷²



Richard C. Arnold
De la Biblioteca Nacional de Medicina

Cuando el Dr. Cutler comenzaba la investigación en Terre Haute en octubre de 1943, el Dr. Mahoney anunció estos resultados ante una “sesión repleta” en la reunión anual de la Asociación Estadounidense de Salud Pública. Los resultados iniciales eran tan prometedores que un investigador denominó el trabajo “probablemente el ensayo más significativo que jamás se haya presentado en el campo médico”.¹⁷³ El Dr. Mahoney, con la colaboración del Dr. Moore y muchos otros que conformaban el recientemente constituido Panel de la Penicilina del NRC, pronto inició un ensayo clínico mucho más extenso que involucraba a 1400 sujetos.¹⁷⁴ Ochos meses más tarde, en junio de 1944, el Ejército estadounidense adoptó la penicilina como el tratamiento estándar para la sífilis.¹⁷⁵ En septiembre de 1944, los doctores Moore y Mahoney, y sus colegas publicaron los resultados del ensayo más extenso que confirmaba sus anteriores hallazgos.¹⁷⁶

A pesar del éxito, había aún muchos interrogantes. Los investigadores se preguntaban si el tratamiento con penicilina dejaba a los sujetos inmunes a otras infecciones o en riesgo de una reinfección con la misma u otra cepa de la enfermedad.¹⁷⁷ La incertidumbre permaneció también en torno a la efectividad a

largo plazo de la penicilina. Los análisis de sangre demostraron que la penicilina eliminaba las espiroquetas de la sífilis (un tipo de bacteria) a corto plazo, pero no se pudo confirmar si la enfermedad desaparecía por completo.¹⁷⁸

Los investigadores y los legisladores por igual buscaban mejorar los métodos para *prevenir* la sífilis con una profilaxis posterior a la exposición. En 1955, al describir estos hechos en su “Informe final sobre sífilis”, el Dr. Cutler informó que los doctores Mahoney y Arnold percibían que una clase de profilaxis que consistiera en un simple lavado con la solución orvus-mapharsen podría tener más aceptación que el ungüento de calomelanos, que, en ese entonces, se recetaba de manera rutinaria. Estudios en animales realizados en el laboratorio de manera repetida demostraban la efectividad de la solución orvus-mapharsen.¹⁷⁹ Asimismo, los doctores Arnold, Cutler y otro investigador, el Dr. Sacha Levitan, un cirujano experimentado del PHS, condujeron “estudios de pequeña escala” de la solución orvus-mapharsen en “barcos donde se esperaba un índice relativamente alto [sic] de infecciones venéreas entre los tripulantes”.¹⁸⁰ Pero estos resultados eran inconclusos.¹⁸¹ En consecuencia, según el Dr. Cutler informó más tarde, ellos sintieron que se requerían pequeños experimentos controlados en individuos “expuestos a un riesgo mayor de infección” a fin de determinar si la solución orvus-mapharsen podría ser efectiva, “en particular, en los servicios militares”.¹⁸²

De manera similar, tal como el Dr. Cutler escribió en su informe de 1952 sobre Estudios Experimentales con Gonorrea, los doctores Mahoney y Arnold esperaban que la profilaxis con la solución orvus-mapharsen también resultara efectiva contra la gonorrea.¹⁸³ Los regímenes de profilaxis posterior a la exposición para prevenir la gonorrea durante la Segunda Guerra Mundial supusieron una solución de proteinato de plata inyectada directamente en la uretra que, al igual que la solución de

OPCIONES DE PROFILAXIS CONTRA LAS STD

Orvus-mapharsen: sustancia compuesta de 1 % de orvus [sulfato de alquilarilo] y 0,15 % de mapharsen en una solución acuosa que se supone que se aplicaba después de mantener relaciones sexuales para evitar la infección.

Calomelanos: sustancia utilizada por el Ejército y la Marina de los EE. UU. como profilaxis contra la sífilis después de la exposición.

Proteinato de plata: ingrediente activo presente en uno de los regímenes de profilaxis posterior a la exposición utilizados para la gonorrea.

calomelanos para la profilaxis de la sífilis, no les agradaba a los militares.¹⁸⁴ Asimismo, las pruebas en animales resultaban inútiles, ya que la gonorrea producida en el ojo de un conejo o en un embrión de polluelo carecía del grado de comparación apropiado con la uretra masculina. Los doctores Mahoney y Arnold, según Cutler, querían probar la efectividad de la solución orvus-mapharsen en el hombre.¹⁸⁵ El Dr. Cutler explicó más tarde que un estudio de campo a gran escala de la solución orvus-mapharsen hubiese requerido numerosos hombres y un largo período de observación y, por lo tanto, se aconsejaba un estudio controlado cuidadosamente en un grupo pequeño.¹⁸⁶ El VDRL encontró una oportunidad de emprender este trabajo en Guatemala en 1946.

EXPERIMENTOS EN GUATEMALA
DESDE 1946 HASTA 1948

Esta sección contiene descripciones médicas gráficas de la inoculación artificial de seres humanos con STD. Es posible que estas descripciones no sean adecuadas para todos los lectores. Se ha incluido esta información a los fines de completar el registro histórico.

Diseño inicial del experimento

Los experimentos en Terre Haute habían demostrado la dificultad de producir la infección de manera confiable, al menos, en el caso de la gonorrea, a través de la inoculación artificial. El Dr. Mahoney observó más tarde en el *Boletín de información de enfermedades venéreas* (julio de 1947) que el emprendimiento de la investigación en Guatemala ofrecía nuevas oportunidades no disponibles en los Estados Unidos:

“En condiciones de posguerra en los Estados Unidos, se ha considerado inviable encontrar la solución para determinadas fases relacionadas con la prevención y el tratamiento de la sífilis. Estos problemas están relacionados, en gran medida, con el desarrollo de un agente profiláctico efectivo para la gonorrea y la sífilis, y la observación prolongada de pacientes tratados con penicilina para los estadios tempranos de la sífilis. Debido al carácter relativamente fijo de la población y a la actitud altamente cooperativa de los funcionarios, tanto civiles como militares, se ha establecido un laboratorio experimental en la ciudad de Guatemala...”¹⁸⁷

El Dr. Cutler, quien tenía 31 años de edad cuando viajó a Guatemala para hacerse cargo del trabajo en agosto de 1946, destacó el mérito científico de trabajar donde se podía reproducir fácilmente la “exposición normal”.¹⁸⁸ Más tarde, Cutler escribió que la idea de la investigación en Guatemala provenía del Dr. Juan Funes, un médico guatemalteco que trabajó como colega durante un año con los doctores Mahoney, Arnold y Cutler en el VDRL de Staten Island en 1945.¹⁸⁹ En Guatemala, la legalidad del trabajo sexual comercial y el requisito para las trabajadoras



John C. Cutler
De la Biblioteca Nacional de Medicina

sexuales de someterse a una inspección sanitaria en clínicas médicas, de las cuales la principal estaba supervisada por el Dr. Funes, presentaba “la posibilidad de llevar a cabo allí estudios controlados cuidadosamente”.¹⁹⁰ Los científicos decidieron estudiar la profilaxis por medio de la solución orvus-mapharsen (una solución acuosa compuesta por 1 % de orvus [sulfato de alquilarilo] y 0,15 % de mapharsen que se suponía iba a aplicarse luego del contacto sexual para prevenir la infección)¹⁹¹ con la cooperación del Departamento de Control de Enfermedades Venéreas de Guatemala (que dirigía el Dr. Funes) y la Penitenciaría Central “donde la exposición de los voluntarios a las prostitutas infectadas proporcionaría oportunidades para realizar las pruebas”.¹⁹² El seguimiento de los prisioneros, una población contenida y restringida, luego de que tuvieran contacto sexual con trabajadoras sexuales comerciales que estaban infectadas con STD, prometía establecer una “respuesta rápida e inequívoca respecto del valor de varias técnicas profilácticas” a través de la técnica preferida de “exposición normal”.¹⁹³

Es posible que otros factores también hayan influido en la decisión de llevar a cabo la investigación en Guatemala. La relación preexistente entre los Estados Unidos y Guatemala incluía la ayuda para la prestación de servicios médicos y el desarrollo de servicios de salud pública. La Oficina de Asuntos Interamericanos, que acercó a sujetos, como el Dr. Funes, a los Estados Unidos para estudiar, y su organismo predecesor, la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos,¹⁹⁴ respaldó la construcción de un hospital general con 300 camas en la ciudad de Guatemala en 1944.¹⁹⁵ Además, la presencia de otros investigadores médicos estadounidenses que trabajaban en Guatemala garantizó que los científicos no fueran los únicos en sus esfuerzos.

Con la decisión de llevar a cabo la investigación en Guatemala, el VDRL necesitaba encontrar una manera de financiarla. Durante la guerra, la OSRD y el CMR habían coordinado y financiado un sistema expandido para respaldar la investigación científica y biomédica.¹⁹⁶ A medida que estas actividades bélicas comenzaban a disminuir, los legisladores federales, alentados en parte por el cirujano general Thomas Parran y el director de los NIH, R.E. Dyer, desplazaron la autoridad hacia el PHS y el NIH, cuyos mandatos del congreso cambiaron de manera considerable en 1944¹⁹⁷ (consultar la Figura 3). La promulgación de la Ley del Servicio de Salud Pública el 1 de julio de 1944 facilitó la creación de un sistema de subsidios del PHS de conformidad con

el cirujano general y autorizó al NAHC (Consejo Nacional Asesor de Salud) (consultar la Figura 4) a recomendar proyectos para que sean financiados.¹⁹⁸ El NAHC fue un antiguo comité gubernamental de asesores científicos federales y no federales que se estableció en 1902 como la Junta Asesora para el Laboratorio de Higiene del Servicio de Salud Pública,¹⁹⁹ precursora de los NIH.²⁰⁰

El NAHC había funcionado desde, al menos, 1930 para asesorar al gobierno en cuanto a las actividades de investigación en campo y en laboratorio del PHS.²⁰¹ En septiembre de 1944, el CMR aceptó la propuesta del director del NIH, Dyer, para trasladar el control del CMR y sus comités revisores de los NRC al PHS.²⁰² En 1945, se comenzaron a transferir los contratos de investigación médica de la OSRD al sistema de subsidios del PHS.²⁰³ Surgió un nuevo sistema de investigación biomédica con financiación federal, con sede en los NIH, en el que los contratos de la OSRD se transformaron en subsidios del PHS.²⁰⁴ El jefe asistente de la División de Enfermedades Venéreas y exsubdirector del VDRL, Dr. Cassius J. Van Slyke, se convirtió en el jefe de la nueva Oficina de Subsidios para la Investigación de los NIH.²⁰⁵

El liderazgo del PHS estableció una estructura de doble revisión para evaluar las aplicaciones de los fondos, tomados en préstamo, en parte, de la estructura del tiempo de guerra del CMR de la OSRD y sus comités asesores del NRC.²⁰⁶ Las secciones del estudio (que desempeñaban una función similar a la de los comités del NRC), compuestas por pares científicos y representantes independientes, a menudo civiles, del Ejército, la Marina, la Administración de Veteranos y el PHS, realizaron recomendaciones sobre el fundamento científico de las aplicaciones; y una junta asesora, también conformada por científicos independientes, consideraron las implicaciones de la política, además de evaluar las cuestiones del fundamento científico.²⁰⁷ El cirujano general tomó las decisiones finales de la financiación.²⁰⁸

La primera sección del estudio establecida bajo esta nueva estructura era la Sección de Estudio de la Sífilis (consultar la Figura 5), antiguamente el Panel de la Penicilina del Subcomité de Enfermedades Venéreas del NRC y renombrado por el Dr. Parran en diciembre de 1945.²⁰⁹ Esta comenzó a trabajar en 1946 y revisó la propuesta de la investigación en Guatemala como uno de los 30 proyectos considerados en su primera reunión el 7 y 8 de febrero de 1946.²¹⁰ El Dr. Joseph Moore, de la Universidad Johns Hopkins y presidente del Subcomité

de Enfermedades Venéreas del NRC, fue quien presidió el grupo, que incluía a otros 11 miembros.

Ellos eran:

- Dr. David E. Price, División de Enfermedades Venéreas del PHS de los EE. UU.
- Dr. Harry Eagle, Hospital del PHS de los EE. UU en Baltimore y el Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas de la Universidad Johns Hopkins.
- Dr. John R. Heller, director de la División de Enfermedades Venéreas del PHS y exsupervisor más reciente del Dr. Van Slyke.
- Dr. John F. Mahoney, que continuó dirigiendo el VRDL en Staten Island.²¹¹
- Dr. Lowell J. Reed, Universidad Johns Hopkins.
- Dr. John H. Stokes, Universidad de Pensilvania.
- Dr. Harry C. Solomon, Universidad de Harvard.
- Dr. Thomas B. Turner, Universidad Johns Hopkins.
- Comandante L.N. Altshuler, Ejército de los EE. UU.
- Cnte. George W. Mast, Marina de los EE. UU.
- Dr. Bascom Johnson, Administración de Veteranos.²¹²



Sección de Estudio de la Sífilis, 1947, *De los Institutos Nacionales de la Salud, Departamento de Salud y Servicios Humanos*

La sección del estudio aprobó la propuesta para realizar el “estudio de Guatemala que trata sobre la transmisión experimental de sífilis a seres humanos voluntarios y los métodos de profilaxis mejorados”²¹³ y la recomendó al NAHC para que

la financie.²¹⁴ Los días 8 y 9 de marzo de 1946, el cirujano general adjunto del PHS, Warren Draper, presidió la reunión del NAHC que recomendaba financiar la propuesta.²¹⁵ Financiada poco tiempo después como “Subsidio de investigación n.º 65 (RG-65)” para “un subsidio otorgado a la Oficina Sanitaria

Panamericana con el fin de realizar investigaciones sobre enfermedades venéreas que se llevarán a cabo en Guatemala”, la recomendación de la financiación de \$110.450 “fue diferente de otras, ya que los fondos fueron proporcionados por la División de Enfermedades Venéreas con mecanismos de procesamiento para ser administrados por la Oficina de Subsidios para la Investigación [de los NIH]”.²¹⁶ Es decir, el financiamiento de esta investigación no provino del dinero general de la Oficina de Subsidios para la Investigación de los NIH, sino, específicamente, de los fondos del VDRL.²¹⁷

Luego de la reunión del NAHC, el cirujano general, Thomas Parran, aprobó el subsidio y los fondos se transfirieron a la PASB, que comenzó a trabajar en Guatemala en abril de 1946 (consultar la Tabla 3).²¹⁸ Para respaldar el trabajo, comenzó la construcción de un nuevo “Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas”.²¹⁹ El Dr. Cutler llegó en agosto de 1946.²²⁰ El Dr. Joseph Spoto, jefe de la División de Enfermedades Venéreas, que también había sido asignado a la PASB para realizar investigaciones,²²¹ lo recibió cuando arribó y le informó acerca de los esfuerzos de la construcción hasta esa fecha.²²² Además, el Dr. Spoto le presentó al Dr. Cutler varios funcionarios guatemaltecos que le facilitarían el trabajo.²²³ Los dos se reunieron con funcionarios en la Dirección General de Sanidad Pública de Guatemala y con los “jefes” del Ejército Nacional de la Revolución (ejército de Guatemala).²²⁴ El Dr. Cutler también se reunió con el Ministro a cargo de la penitenciaría y le informó que “[t]odos los involucrados” en la penitenciaría estaban, verdaderamente, “muy ansiosos” por el inicio de la investigación.²²⁵ Al poco tiempo, otros miembros del PHS se unieron al Dr. Cutler en Guatemala, entre ellos, el Dr. Sacha Levitan, un cirujano de alto rango que se desempeñó como subdirector del proyecto de Guatemala; el Dr. Elliot Harlow, cirujano asistente; Joseph Portnoy, serólogo, y Alice Walker y Virginia Lee Harding, bacteriólogas.²²⁶

Para facilitar el trabajo, los funcionarios de la PASB firmaron acuerdos por “arreglos de trabajo cooperativo”²²⁷ con los Ministerios de Salud, Defensa y Gobernación (Interior) bajo cuya jurisdicción se encuentra la Penitenciaría Central.²²⁸ De acuerdo con el Dr. Cutler, estos acuerdos les otorgaron a los investigadores la autoridad necesaria para trabajar con funcionarios e instituciones del gobierno guatemalteco, entre ellos, “las autoridades médicas y otras autoridades del centro de tratamiento rápido para enfermedades venéreas del servicio de salud pública, los hospitales gubernamentales, las instalaciones

médicas y los funcionarios de las fuerzas militares, las instituciones que albergaban huérfanos y personas con enfermedades mentales, y el sistema penal”.²²⁹ En 1955, el Dr. Cutler escribió que se contemplaban diferentes actividades, como: evaluar la prevalencia de las STD en el país; desarrollar un sistema mejorado para el control de las STD mediante la capacitación del personal; establecer instalaciones para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento; investigar y perfeccionar el diagnóstico y el tratamiento y realizar experimentos profilácticos.²³⁰ Los investigadores eran los encargados de capacitar al personal local para que, en el futuro, esté a cargo del nuevo laboratorio de investigación construido por el VDRL de la PASB como una instalación del gobierno guatemalteco.²³¹

Programas de tratamiento e iniciativas de buena fe

Luego de que el Dr. Cutler se reuniera con los líderes del Ejército de Guatemala en agosto, ellos le solicitaron a los investigadores que establezcan un “programa de tratamiento” para el Hospital Militar.²³² Con el apoyo del Dr. Spoto, en quien el Dr. Mahoney confiaba plenamente,²³³ y el Dr. Funes, excolega del VDRL, el Dr. Cutler le comunicó al Dr. Mahoney que los programas de tratamiento debían comenzar para obtener una “cooperación total” en las tareas futuras de inoculación.²³⁴ Mientras que el Dr. Mahoney tenía algunas dudas, tanto el Dr. Cutler como el Dr. Spoto estaban ansiosos por proporcionarle un programa de tratamiento al Ejército de Guatemala.²³⁵ El programa comenzó y, finalmente, alrededor de 309 soldados recibieron algún tipo de tratamiento de las STD, como penicilina o Salvarsán. De estos 309, 242 eran soldados a quienes los investigadores expusieron de manera intencional a la infección durante los experimentos con STD en algún momento.²³⁶

En octubre, el Dr. Mahoney le escribió al Dr. Cutler:

“Aquí, su despliegue ya está llamando la atención de muchas personas de manera favorable. A menudo, nos preguntan sobre el progreso de su trabajo. El doctor T.B. Turner de la Universidad Johns Hopkins desea que controlemos la patogenicidad de la espiroqueta del conejo en el hombre; el doctor Neurath de la Universidad de Duke quisiera que realicemos el seguimiento de los pacientes con su proceso de verificación; el doctor Parran [cirujano general] y, posiblemente, el doctor Moore probablemente lo visiten a principios del próximo año”.²³⁷

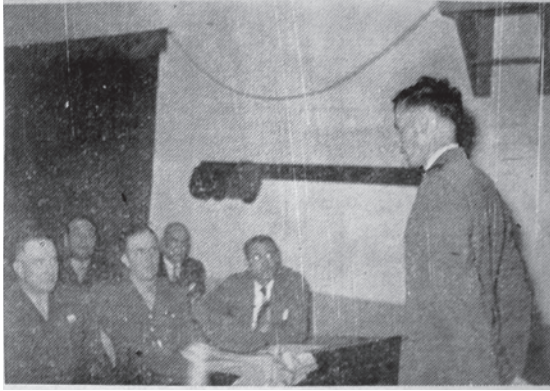
Mientras los supervisores y los colegas que se encontraban en los Estados Unidos esperaban oportunidades para realizar investigaciones adicionales, el Dr. Cutler continuaba estableciendo vínculos con las autoridades guatemaltecas. En noviembre, el Dr. Cutler le pidió al Dr. Mahoney que le proporcionara penicilina al Ejército de Guatemala, la cual era escasa, para sus propias necesidades, a título reembolsable. El Dr. Mahoney rechazó este pedido y le advirtió que no “iniciara un programa demasiado integral que pueda incluir el uso de una cantidad de droga mayor de la que disponían”.²³⁸ El Dr. Cutler aceptó y prometió utilizar la penicilina con moderación, de manera que queden cantidades disponibles para los “programas de demostración y para fomentar la buena fe”.²³⁹

En diciembre, el Dr. Constantino Alvarez B., director de la División del Ministerio de Salud de Guatemala, solicitó que el Dr. Cutler les “informe detalladamente sobre el tratamiento con penicilina para la sífilis, dado que varios jefes de servicio de las unidades del Departamento de Salud han dirigido sus solicitudes de información a esta división”.²⁴⁰ El Dr. Cutler respondió con un “plan de tratamiento general para cada estadio de la sífilis” en el cual la penicilina había demostrado ser “realmente valiosa”.²⁴¹ Posteriormente, el Dr. Carlos E. Tejeda, director del Centro Médico Militar de Guatemala, le escribió una carta al Dr. Cutler en junio de 1947 “suplicándole que desarrolle un plan profiláctico de emergencia para las enfermedades venéreas destinado [al Centro Médico Militar], que se implementaría en el Ejército Nacional lo antes posible”.²⁴² El Dr. Cutler obedeció y ejecutó un “plan profiláctico para el Ejército de Guatemala”, que incluía un programa de educación, un

TRATAMIENTO DURANTE LA PRUEBA DE DIAGNÓSTICO

Los investigadores realizaron una prueba de diagnóstico para la sífilis, la gonorrea y el chancroide entre 5.128 sujetos entre los que se incluyeron trabajadoras sexuales, soldados, prisioneros, huérfanos, niños escolares, pacientes leprosos y militares estadounidenses.

De los sujetos involucrados en los experimentos de Guatemala, 820 de ellos recibieron de los investigadores alguna forma de tratamiento para las STD. Si bien algunos de los sujetos involucrados en la prueba de diagnóstico también participaban en los experimentos de exposición intencional, al menos, 142 sujetos que no fueron expuestos a una STD por parte de los investigadores recibieron alguna forma de tratamiento.



El Dr. Cutler disertando en el Primer Congreso de Médicos Militares en julio de 1947. *Del Diario de Centroamérica*

programa de profilaxis con preservativos, una solución y un ungüento de proteinato de plata, y los métodos para la implementación del programa de profilaxis.²⁴³ En julio, se publicó, en uno de los diarios locales, un artículo en el que el Dr. Cutler daba el Primer Congreso de Médicos Militares sobre el “plan

de emergencia profiláctico contra enfermedades venéreas para el Ejército de la Revolución”.²⁴⁴

En la penitenciaría, el Dr. Cutler informó que “la aceptación inmediata de nuestro grupo” surgió luego del establecimiento de los programas de tratamiento y diagnóstico (“un programa de cuidados para las enfermedades venéreas que ellos no tenían en el pasado”).²⁴⁵ El programa de tratamiento, expresó en enero de 1947, “valió la pena” y estuvo “completamente justificado” para fomentar los experimentos profilácticos.²⁴⁶

Mientras el Dr. Cutler planificaba comenzar un “programa de profilaxis destinado a todos los contactos que ocurrían en la penitenciaría”, le sugirió al Dr. Mahoney que solo “utilizarían placebo”. El propósito del programa que utilizaba placebo era “acostumbrar[] a los reclusos al uso de profilaxis, de manera que no haya dificultades al continuar con nuestro propio compuesto [orvus-mapharsen] en el momento apropiado”.²⁴⁷ Aunque hay detalles concretos del programa de la penitenciaría que no son claros, los registros demuestran que 139 prisioneros recibieron algún tipo de tratamiento para una STD. De estos, 92 eran prisioneros que habían sido expuestos intencionalmente por los investigadores.²⁴⁸ Más tarde, cuando el Dr. Cutler partió de Guatemala en 1948, el director de Servicios Médicos de la penitenciaría, el Dr. Roberto Robles Chinchilla, le escribió lo siguiente al Dr. Cutler: “nuestra gratitud eterna permanecerá por siempre [sic] en nuestros corazones, por su manera noble y propia de un caballero con la que ha aliviado el sufrimiento de los carceleros y los prisioneros de esta penitenciaría”.²⁴⁹

Aunque el Dr. Cutler no analizó el programa de tratamiento en el Asilo de Alienados (hospital psiquiátrico) en sus informes finales, los registros muestran que los investigadores trataron a un total de 334 sujetos psiquiátricos por una STD. De ellos, 328 eran sujetos que habían sido expuestos intencionalmente por los investigadores en algún momento.²⁵⁰

Los investigadores, además, fomentaron la buena fe y la cooperación de otras maneras. En enero de 1947, el Dr. Cutler hizo los arreglos necesarios para que se enviaran suministros para las pruebas de serología desde el VDRL en Staten Island hasta el Ministerio de Salud Pública en Guatemala.²⁵¹ Los investigadores, además, capacitaron al personal del laboratorio guatemalteco y establecieron relaciones profesionales mutuamente beneficiosas y de colaboración con muchos miembros del personal médico de Guatemala. Entre ellas, los investigadores entablaron una relación especialmente estrecha con el Dr. Carlos E. Tejeda, coronel y director del Centro Médico Militar de Guatemala. El Dr. Tejeda visitó al Dr. Mahoney en Staten Island en octubre de 1946, poco tiempo después de que el Dr. Cutler arribara y, luego, trabajó con los investigadores en los tres experimentos de inoculación.²⁵² Después de la visita del Dr. Tejeda a Nueva York, el Dr. Cutler le confió al Dr. Mahoney que el Dr. Tejeda “apreciaba la atención [del Dr. Mahoney]” y que estaba “muy interesado en nuestro estudio”.²⁵³ Por consiguiente, los investigadores “contaban con una cooperación real del Ejército [de Guatemala]”.²⁵⁴ Cuando la esposa del Dr. Tejeda se enfermó aquel otoño, el Dr. Cutler transmitió lo que él y el Dr. Spoto opinaban: “[sería] una muy buena estrategia” para el PHS suministrarle al Dr. Tejeda los escasos medicamentos que su esposa necesitaba, lo que llevaron a cabo, “aunque llegaron demasiado tarde”.²⁵⁵

Además, en el hospital psiquiátrico, los investigadores desarrollaron una relación cercana con el director, Dr. Carlos Salgado. Más tarde, recibió una oferta para trabajar como becario en los Estados Unidos y, también, se convirtió en un empleado remunerado de la División de Enfermedades Venéreas para facilitar las “observaciones continuas” de los sujetos experimentales.²⁵⁶ El Dr. Hector Aragon, director del Hospicio Nacional de Guatemala (el orfanato), que, además, trabajó en el hospital psiquiátrico,²⁵⁷ también desarrolló un vínculo con los investigadores.



Hector Aragon
“Tributo al Dr. Aragon en su
aniversario de oro en la profesión”.

Realizó publicaciones con los investigadores y dio una conferencia sobre los experimentos de diagnóstico en el orfanato en el Segundo Congreso de Enfermedades Venéreas en Centroamérica, que se llevó a cabo en la ciudad de Guatemala en 1948.²⁵⁸

Experimentos serológicos

Con el fin de garantizar diagnósticos de sífilis confiables y ayudar a sus colegas en el gobierno de Guatemala a mejorar la salud pública, los investigadores comenzaron con las pruebas serológicas (una herramienta de diagnóstico para detectar anticuerpos que indican una infección) en noviembre de 1946. Los investigadores se centraron, principalmente, en la efectividad de cuatro análisis de sangre específicos: las pruebas de Kahn, Mazzini, Kolmer y VDRL en portaobjetos.²⁵⁹ Para realizar estas pruebas serológicas, la sangre se extraía y se sometía a uno o más métodos de prueba diferentes para la detección de sífilis que indicarían si la sangre contenía anticuerpos contra la sífilis. Si se hallaban anticuerpos, la conclusión era que el sujeto tenía una infección sifilítica activa o tuvo una infección anterior.²⁶⁰ Algunas veces, se realizaban punciones lumbares para confirmar los resultados de los análisis de sangre o para averiguar si había infección en el líquido cefalorraquídeo que no hubiese sido detectada en los análisis de sangre.²⁶¹

Las pruebas serológicas comenzaron en la penitenciaría el 7 de noviembre de 1946.²⁶² Los investigadores también realizaron una investigación serológica en el Ejército de Guatemala y el hospital psiquiátrico. Los esfuerzos por desarrollar pruebas serológicas confiables desconcertarían al grupo durante varios años y su trabajo de serología en Guatemala continuó hasta finales de 1953, mucho después de que el Dr. Cutler dejara el país en 1948.²⁶³

Varios días después de haber comenzado el trabajo en la penitenciaría, el Dr. Cutler informó que viajaría a las “tierras bajas” para realizar un “estudio preliminar de



Hospital de Profilaxis Sexual y de Enfermedades Venéreas, ciudad de Guatemala, 2011.

PERFIL DEL SUJETO: CARLOS

Carlos, prisionero de la Penitenciaría Central de la ciudad de Guatemala en 1947, contrajo sífilis antes de ser inscrito en los experimentos del PHS. Notó que tenía un chancro durante el verano del año anterior y se confirmó que tenía sífilis mediante un análisis de sangre.

En septiembre de 1946, Carlos recibió tratamiento con inyecciones de neosalvarsán, así como también once inyecciones de bismuto (estándar de atención del momento). A pesar de que Carlos no presentaba síntomas cuando ingresó en la Penitenciaría, los campos oscuros debajo del microscopio demostraban que aún tenía sífilis.

Carlos fue tratado por los investigadores con 3.400.000 unidades de penicilina durante el curso de una semana, y sus análisis de sangre mostraron una gran mejora durante los dos meses siguientes.

enfermedades venéreas” en niños.²⁶⁴ En diciembre, expresó que estaba realizando trabajos serológicos en pequeña escala en el Hospital de Profilaxis (Hospital de Profilaxis Sexual y de Enfermedades Venéreas [VDSPH]), dirigido por el Dr. Funes, quien era el colega del Dr. Cutler que le sugirió, originalmente, llevar a cabo la investigación en Guatemala.²⁶⁵

En total, los investigadores, incluidos los funcionarios guatemaltecos que colaboraron, realizaron experimentos serológicos con sífilis en prisioneros, niños, pacientes psiquiátricos y pacientes con lepra de Guatemala. Las muestras de sangre del personal de la Fuerza Aérea de los EE. UU. situado en Guatemala también se utilizaron para comparar los resultados entre las poblaciones de Guatemala y EE. UU.²⁶⁶ No existen registros que demuestren que los sujetos

involucrados en los experimentos serológicos aceptaron los procedimientos realizados por los investigadores.²⁶⁷

Penitenciaría

En conjunto, 842 prisioneros estuvieron involucrados en las pruebas de diagnóstico de las STD, entre ellas, la gonorrea y el chancroide, y los investigadores descubrieron índices elevados de falsos positivos para la sífilis.²⁶⁸ El Dr. Cutler llegó a la conclusión de que, o bien la sífilis afectaba a una porción mucho mayor de población guatemalteca de la que se esperaba, o que otros “factores... presentes en la población y diferentes de aquellos que se experimentan en los EE. UU. o Europa del Norte” explicaban los resultados.²⁶⁹ Un índice base elevado de sífilis en la población hubiera limitado la capacidad de los investigadores para realizar experimentos profilácticos planificados.²⁷⁰ El

Dr. Cutler más tarde explicó que “[l]os resultados serológicos plantearon un verdadero problema”.²⁷¹

Al poco tiempo, los investigadores también tuvieron problemas para obtener la colaboración de los prisioneros. En enero de 1947, el Dr. Cutler le informó al Dr. Mahoney que los “indígenas” tenían “prejuicios muy generalizados en contra de las extracciones de sangre frecuentes”, lo que el Dr. Cutler atribuyó a que eran “incultos y supersticiosos”.²⁷² Como el Dr. Cutler luego explicó:

“La mayoría de [los prisioneros] creía que las extracciones de 10 cc de sangre semanales o bisemanales los debilitaban y reclamaban que no recibían la comida suficiente para reponerla. Para ellos, el miedo que les producía todo que observaban era mucho más importante que el posible daño que les podría ocasionar la sífilis años después y no podía ser contrarrestado con promesas ni el suministro real de penicilina para la sífilis o de comprimidos de hierro para reponer la sangre. En sus mentes, no había ninguna conexión entre la pérdida de un “tubo de sangre grande” y los posibles beneficios de una pastilla pequeña”.²⁷³

La falta de cooperación por parte de los prisioneros también amenazó la capacidad de los investigadores para continuar con el proyecto.²⁷⁴ El plan de los investigadores para la investigación de la profilaxis “como se concibió originalmente en la prisión no se pudo llevar a cabo”, escribió más tarde el Dr. Cutler.²⁷⁵

Niños

Las pruebas serológicas en niños comenzaron antes del mes de junio de 1947²⁷⁶ y finalizaron en el verano de 1949.²⁷⁷ Los investigadores realizaron exámenes físicos, extracciones de sangre y, en algunos casos, punciones lumbares a 1.384 niños guatemaltecos de entre 1 y 18 años de edad.²⁷⁸ Los niños provenían del orfanato, una escuela ubicada en Puerto de San José (Totonicapán) y las “tierras altas” de Guatemala.²⁷⁹ La realización de pruebas a niños que no habían alcanzado la edad de madurez sexual, explicó luego, el Dr. Cutler, garantizó la posibilidad de obtener evidencia certera de la falsa positividad para cualquier régimen de prueba, ya que los sujetos podrían haber adquirido la enfermedad de manera congénita y no, por vía sexual, y la sífilis congénita era diferenciable.²⁸⁰

No existen registros que indiquen que estos niños fueron inoculados o expuestos a alguna STD. Tampoco existen registros que demuestren que los niños sabían que formaban parte de un experimento o que tenían el consentimiento de un padre o tutor en su nombre. Los funcionarios del gobierno de Guatemala tenían conocimiento de la investigación y la respaldaban.²⁸¹ En el orfanato, el director, Dr. Aragon, colaboró como investigador y coautor en la publicación posterior que describía el trabajo.²⁸² El Ministerio de Salud Pública también respaldó la investigación.

Las pruebas serológicas comenzaron con escolares en Puerto de San José (Guatemala) y siguieron, al poco tiempo, con niños del orfanato.²⁸³ Muchos de los 151 niños examinados en Puerto de San José exhibieron síntomas de malaria. Posteriormente, el Dr. Cutler envió sangre y extensiones de sangre de, aproximadamente, 300 niños al Dr. Willard Wright, director de la División de Enfermedades Tropicales en los NIH, para el estudio en curso sobre la malaria del laboratorio en Guatemala.²⁸⁴ El Dr. Cutler le comunicó al Dr. Mahoney que tratar a los niños por malaria era “bueno para [los investigadores]”:

“Al extraerles sangre a estos niños, darles algunos medicamentos es para nosotros una ventaja. Por esa razón, estamos planificando proporcionarles Aralén [un medicamento antipalúdico] para tratar al grupo infectado con malaria y, al mismo tiempo, deberíamos coordinar para suministrarles a todos los niños una dosis profiláctica semanal”.²⁸⁵

Los investigadores realizaron exámenes clínicos de la boca, la piel y los ganglios linfáticos de niños de ambos sexos, y de los órganos genitales en los varones.²⁸⁶ Se detectó que dos niños en Puerto de San José tenían sífilis congénita, una de ellas sintomática y la otra asintomática. Otros niños con reacciones seropositivas claras o dudosas nunca manifestaron otros síntomas clínicos.²⁸⁷ Varios meses después, luego de compilar los resultados preliminares de los niños en Puerto de San José, el Dr. Cutler informó que “es muy evidente que la prueba cardiolipínica [es decir, la prueba de VDRL o Kolmer] es mucho más específica que las técnicas de Kahn o Mazzini [que utilizan antígenos lipoidales]”.²⁸⁸

La investigación serológica en el orfanato, que incluía exámenes clínicos, involucró a una cantidad significativamente mayor de niños: 515, aproximadamente.²⁸⁹ En abril de 1948, los investigadores presentaron los

resultados serológicos preliminares en el Segundo Congreso de Enfermedades Venéreas en Centroamérica, que se llevó a cabo en la ciudad de Guatemala, al cual el Dr. Arnold también asistió.²⁹⁰ El director del orfanato revisó los resultados y describió el esfuerzo empeñado dentro de la institución para cuidar de los niños.²⁹¹ Para los investigadores, los niños del orfanato constituyeron una población de estudio ideal por muchas razones. La mayoría de los niños no había tenido contacto sexual, de modo que se evitó la propagación de la sífilis por transmisión sexual; la instalación se encontraba en excelente estado y los niños estaban acostumbrados a los exámenes y los tratamientos médicos de rutina. El orfanato, además, tenía una población estable, numerosa y a la que se podía acceder fácilmente. El orfanato elaboraba y mantenía meticulosamente las historias clínicas de cada niño desde el momento del ingreso, lo que facilitaba la detección de infecciones anteriores u otros factores de complicación.²⁹²

Tres niños mostraron patrones serológicos que sugerían, en gran medida, sífilis. Los investigadores trataron a los tres con penicilina y, al año siguiente, los niños mostraron una leve disminución de los valores serológicos, aunque ninguno pasó a ser seronegativo.²⁹³ Ochenta y nueve niños demostraron algún nivel de reacción serológicamente positiva, pero solo cincuenta y cinco recibieron tratamiento clínico.²⁹⁴ Luego, cuarenta y nueve niños fueron sometidos a punciones lumbares para obtener un mejor diagnóstico.²⁹⁵

También se realizaron experimentos adicionales que involucraron a 441 niños “ladinos” de entre 5 y 14 años de edad que provenían de las tierras altas de Guatemala y a 277 niños “indígenas” de entre 6 y 14 años de edad provenientes de Totonicapán (Guatemala).²⁹⁶ A estos niños solo se les realizaron análisis serológicos de sangre; no se informaron punciones lumbares.²⁹⁷

Aunque el fundamento del Dr. Cutler (al menos, en parte) para realizar pruebas en niños parecía ser la validación de los métodos serológicos para la investigación de la profilaxis, los experimentos de exposición en la Penitenciaría en mayo de 1947 comenzaron antes de que se iniciara la investigación en niños²⁹⁸ y finalizaron en septiembre de 1948,²⁹⁹ mucho antes de que acabaran las pruebas en niños en 1949.³⁰⁰ Además, el Dr. Cutler, más tarde, cambió de opinión sobre la utilidad de los experimentos en niños. En 1955, concluyó que una validación eficaz de los métodos de pruebas serológicas debía proceder de comparaciones con poblaciones que se ajusten mejor a los experimentos de profilaxis, es decir, “un grupo de adultos que provenga de la misma sociedad que los prisioneros”.³⁰¹

Hospital de leprosos

Los investigadores realizaron experimentos serológicos con 51 enfermos de lepra, lo que representaba casi la población total del hospital de leprosos ubicado fuera de la ciudad de Guatemala.³⁰² Debido a los índices elevados de las pruebas serológicas con resultados falsos positivos para la sífilis observadas en otras poblaciones de Guatemala y debido a los informes publicados sobre las reacciones de falsos positivos en los enfermos de lepra, los investigadores buscaron examinar pruebas serológicas para la sífilis cuando coincidían ambos factores (estado de la enfermedad y nacionalidad).³⁰³ Los investigadores no encontraron ninguna evidencia clínica de sífilis, pero los resultados serológicos positivos fueron más elevados que en otras poblaciones guatemaltecas. Ellos atribuyeron este hallazgo a la lepra en sí, que causaba resultados falsos positivos para la sífilis.³⁰⁴

Hospital psiquiátrico

Los investigadores también realizaron una investigación serológica en el Hospital Psiquiátrico de Guatemala.³⁰⁵ El Dr. Carlos Salvado, director del Hospital Psiquiátrico (a quien después el gobierno de los EE. UU. le pagó para que complete el trabajo de seguimiento, después que el Dr. Cutler se retirara), invitó al grupo a comenzar con las pruebas serológicas de los pacientes y los nuevos ingresos. Más tarde, el Dr. Cutler explicó que esto les dio la oportunidad a los investigadores para realizar pruebas serológicas regulares y repetidas en una población determinada de adultos con el transcurso del tiempo.³⁰⁶ La investigación diagnóstica sobre STD (sífilis, gonorrea y chancroide) incluyó a un total de 642 sujetos psiquiátricos, muchos de los cuales recibieron distintas intervenciones en reiteradas oportunidades.³⁰⁷ Además de los análisis de sangre y las punciones lumbares, los investigadores realizaron punciones cisternales en los pacientes psiquiátricos con fines serológicos.³⁰⁸ En 1955, el Dr. Cutler escribió que necesitaba estos datos del Hospital Psiquiátrico, debido a las fallas en los experimentos con niños.³⁰⁹

Las pruebas serológicas en el Hospital Psiquiátrico continuaron después de que el Dr. Cutler dejara Guatemala. Los doctores Funes y Salvado dirigieron las observaciones continuas para el PHS y enviaron muestras a los Estados Unidos para que las analizaran. Las extracciones de sangre y las punciones lumbares continuaron en, aproximadamente, 250 sujetos de la institución,³¹⁰

muchos de los cuales obtuvieron resultados positivos para la sífilis.³¹¹ No se documentó ningún tratamiento. Estas observaciones continuaron durante, al menos, 1953.³¹²

Experimentos de exposición intencional

Descripción general

Seis meses después de que el Dr. Cutler llegara a Guatemala, comenzaron los experimentos de profilaxis y de exposición intencional. Continuaron desde febrero de 1947 hasta octubre de 1948.³¹³ En total, el Dr. Cutler informó 32 experimentos con gonorrea,³¹⁴ 17 experimentos con sífilis³¹⁵ y un experimento con chancroide³¹⁶ (consultar la Tabla 4).³¹⁷ Un total de 1.308 personas, entre ellas, trabajadoras sexuales, soldados, prisioneros y pacientes psiquiátricos, formaron parte de los experimentos de exposición.³¹⁸ Las edades de los sujetos involucrados en los experimentos de exposición oscilaron entre 10 y 72 años; el sujeto promedio tenía entre 20 y 30 años.³¹⁹ De este grupo, existen registros de que 678 individuos recibieron algún tipo de tratamiento.³²⁰

El plan original de los experimentos de Guatemala (lo que el Dr. Cutler expresó que los había llevado a Guatemala inicialmente) era probar el lavado profiláctico con orvus-mapharsen como profilaxis para la sífilis en los prisioneros expuestos a trabajadoras sexuales infectadas. El objetivo era desarrollar herramientas de prevención más efectivas para el personal militar de los EE. UU. Este experimento nunca ocurrió.³²¹ En su lugar, los investigadores se enfrentaron a dificultades con el diagnóstico de la sífilis, con la inducción confiable de la infección (mediante el uso de trabajadoras sexuales) y con el compromiso de una población cumplidora. Los experimentos, una vez analizados, parecen no tener una progresión lógica: los experimentos iniciales para conocer los índices de infección de fondo se realizaron después de que comenzaran los experimentos profilácticos y los nuevos experimentos empezaron antes de que se conocieran los resultados de los experimentos pilotos (consultar la Figura 6).³²² Los experimentos de exposición intencional se iniciaron en el Ejército de Guatemala y destinaron casi de la misma manera esfuerzos para infectar como para evaluar una profilaxis para la gonorrea. Al igual que en Terre Haute, los investigadores nunca dominaron una técnica para infectar a los sujetos.

La mayoría de los experimentos de exposición intencional se llevaron a cabo en el Ejército de Guatemala durante 60 días diferentes y estuvieron relacionados con la gonorrea y el chancroide. Los investigadores realizaron experimentos con gonorrea, chancroide y sífilis en el hospital psiquiátrico durante 33 días diferentes. Las exposiciones intencionales en la penitenciaría fueron relativamente pocas, ocurrieron durante 24 días diferentes y se limitaron a la sífilis.³²³ Aunque los informes retrospectivos del Dr. Cutler sugieren una progresión lógica en los experimentos de una población a la siguiente y de un tipo de experimento a otro, esta progresión escalonada, a menudo, no está presente en los registros contemporáneos ni en el conjunto de datos que recolectó (consultar la Figura 7).

Los registros contemporáneos del Dr. Cutler indican 83 muertes durante el curso de los experimentos.³²⁴ La relación exacta entre los procedimientos experimentales y las muertes de los sujetos es poco clara. Cuando el Dr. Cutler escribió su Informe final sobre sífilis de 1955, observó una “pérdida fija de pacientes por muerte” que atribuyó, principalmente, a la tuberculosis y al hecho de que se habían utilizado “enfermos graves y crónicos”.³²⁵ Los investigadores planificaron “realizar autopsias a todos los pacientes, de manera que se puedan llevar a cabo experimentos especiales histológicos y de espiroquetas”.³²⁶

Experimentos con gonorrea

Descripción general

Los experimentos de exposición intencional con gonorrea involucraron a, aproximadamente, 582 personas, entre ellas, al menos, cuatro trabajadoras sexuales y 518 soldados desde febrero de 1947 hasta julio de 1948; pacientes psiquiátricos desde junio de 1948 hasta septiembre de 1948 y otros diez sujetos de procedencia desconocida durante el mismo período. De los sujetos expuestos a gonorrea (una STD causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*), los registros disponibles documentan que solo 237 recibieron algún tipo de tratamiento.³²⁷ El objetivo principal de los experimentos con gonorrea en el Ejército de Guatemala era evaluar la efectividad de diferentes medidas de profilaxis que incluían la solución orvus-mapharsen, una instilación intrauretral de argirol (es decir, plata) al diez por ciento, el “kit profiláctico” del Ejército de los EE. UU y la penicilina oral.³²⁸ Los experimentos en el Hospital Psiquiátrico parecen haber sido, sobre todo, observacionales (es decir, no se probó ningún tratamiento ni medida profiláctica).

La gonorrea es una enfermedad contagiosa causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*. Al igual que la sífilis, la gonorrea se transmite, en gran medida, a través del contacto sexual y también se puede contagiar de la madre al feto durante el embarazo. Los síntomas pueden variar según el sexo de la persona infectada. Entre los signos de infección en los hombres, se incluyen la sensación de ardor durante la orina, o un flujo blanco, amarillento o verde que emana del pene. Por otra parte, las mujeres manifiestan síntomas leves o nulos. La gonorrea puede ser curada con antibióticos pero, actualmente, existen cada vez más cepas resistentes a los medicamentos, lo que dificulta su tratamiento.

Los investigadores necesitaban “abundantes suministros de pus” que contengan la bacteria de la gonorrea para realizar sus experimentos con gonorrea. Para obtener dichas muestras, recurrieron a pacientes “bajo tratamiento arsenical para la sífilis” del Hospital Militar.³²⁹ Allí, los investigadores intentaron infectar a los enfermos de sífilis con gonorrea con el fin de crear un “reservorio de infecc[i]ón” del cual realizar extracciones.³³⁰

En el resumen retrospectivo de su trabajo de 1952 titulado Informe de los estudios experimentales con gonorrea, el Dr. Cutler escribió que todas las infecciones experimentales se trataron con penicilina a través de inyecciones de 300.000 unidades de un preparado de absorción tardía de un repositorio.³³¹ Sin embargo, los registros contemporáneos de los investigadores

revelan que algunos de los sujetos que ellos infectaron recibieron tratamiento con una combinación de bismuto y arsénico,³³² mientras que muchos otros nunca fueron tratados.³³³

El Ejército de Guatemala y las trabajadoras sexuales comerciales

El 15 de febrero de 1947, los investigadores iniciaron experimentos de exposición intencional con gonorrea.³³⁴ A diferencia de las pruebas serológicas para el diagnóstico de sífilis, con sus complicaciones de falsos positivos relacionadas, las pruebas de diagnóstico para la gonorrea eran más confiables y sencillas.³³⁵ En total, 518 soldados fueron expuestos a gonorrea y 202 de ellos recibieron algún tipo de tratamiento.³³⁶

La investigación en el Ejército de Guatemala comenzó, según explicó más tarde el Dr. Cutler, como “consecuencia del interés del Departamento Médico” del Ejército de Guatemala.³³⁷ Los investigadores establecieron vínculos con médicos locales militares para respaldar su trabajo. Algunos de estos investigadores

guatemaltecos también estaban involucrados en el trabajo con sífilis. El Dr. Raul Maza del Hospital Militar participaba en los experimentos con sífilis y gonorrea³³⁸ y el coronel Juan Oliva de la Guardia de Honor trabajó en los experimentos con sífilis.³³⁹

Los experimentos con gonorrea en el Ejército de Guatemala continuaron durante julio de 1948.³⁴⁰ Los métodos de infección incluyeron exposición sexual, inoculación superficial en el pene, inoculación profunda en el pene e inoculación superficial luego de la exposición sexual. Los sujetos eran hombres del Hospital Militar, la Guardia de Honor³⁴¹ y el Segundo Batallón de Rifleros.³⁴² La edad promedio de los soldados involucrados era 22 años.³⁴³ Algunos también ocupaban el rango más bajo de soldado.³⁴⁴

A menudo, los soldados que participaban en los experimentos eran aislados bajo supervisión y controles cuidadosos durante el experimento.³⁴⁵ Los informes del Dr. Cutler no incluyen discusiones sobre las compensaciones para los soldados, más allá de la compra de algunas prendas de vestir para los “voluntarios” por parte del Dr. Levitan, cirujano de alto rango del PHS.³⁴⁶ A muchos de los soldados se les proporcionó Arginol (un suplemento herbario diseñado para facilitar erecciones) para los experimentos que incluían contacto sexual.³⁴⁷

No hay ninguna prueba que demuestre que los soldados dieron su consentimiento para los experimentos. Evidencia indirecta de junio de 1947 demuestra que los sujetos, en aquel momento, no eran en realidad “voluntarios”.³⁴⁸ Como el Dr. Mahoney le explicaba al Dr. Cutler: “[e]l uso de grupos voluntarios *en lugar del tipo de sujetos que se está utilizando* sería más que satisfactorio. Nuestro presupuesto permitirá casi cualquier tarifa para voluntarios que considere conveniente” (énfasis añadido).³⁴⁹

Exposición normal

Los escritos contemporáneos del Dr. Cutler identifican a cuatro trabajadoras sexuales que fueron utilizadas en experimentos de “exposición normal” con gonorrea durante dos días diferentes, en los que mantuvieron relaciones sexuales con los soldados (el Dr. Cutler no incluyó los experimentos de los primeros dos días en su informe final sobre gonorrea y, además, informó que doce trabajadoras sexuales estaban involucradas).³⁵⁰ Las trabajadoras sexuales comerciales también participaron en los experimentos de exposición con inoculación artificial luego



Dr. Luis Galich
"Galería de futuros aspirantes a la presidencia: ahora les presentamos a los lectores el Alcalde de la capital, Luis Fernando Galich". Publicado en el Diario La Hora el 11 de mayo de 1962. The Daily Journal, Archivos históricos, CIRMA.

de mantener relaciones sexuales (se analiza más adelante) durante trece días diferentes.³⁵¹ Tanto el Dr. Luis Galich, jefe del Ministerio de Salud Pública, como el Dr. Juan Funes, en ese momento director médico en el VDSPH, le recomendaron las trabajadoras sexuales infectadas del VDSPH al Dr. Cutler.³⁵² Su ayuda era beneficiosa, ya que, según informó el Dr. Cutler en 1952, “al [c]ontrario de lo que se podía esperar, resultó ser extremadamente difícil conseguir prostitutas dispuestas a brindar sus servicios bajo condiciones experimentales”.³⁵³

El Dr. Funes era el médico responsable de la supervisión médica de las trabajadoras sexuales comerciales y los centros de tratamiento rápido de las STD “donde todos los pacientes con enfermedades venéreas podían ser hospitalizados para recibir tratamiento gratuito”.³⁵⁴ Las normas guatemaltecas detalladas, cuya copia el Dr. Cutler guardaba entre sus papeles personales,³⁵⁵ exigían que las trabajadoras sexuales debían tener, al menos, 18 años de edad, estar registradas en la sección de enfermedades venéreas y profilaxis sexual³⁵⁶ del gobierno y presentarse dos veces por semana para que les realicen un examen en una clínica de control de enfermedades venéreas local.³⁵⁷ Las mujeres que estaban infectadas con sífilis, gonorrea o chancroide tenían prohibido trabajar como trabajadoras sexuales, pero el tratamiento, que se basaba, sobre todo, en medicamentos con arsénico, se les proporcionaba de manera gratuita.³⁵⁸

En ninguno de los documentos disponibles, existen registros que demuestren que las mujeres aceptaban formar parte de los experimentos o que tenían conocimiento de que los investigadores las infectaban con STD.³⁵⁹ Las historias clínicas reflejan que, al menos, una de las trabajadoras sexuales que participó en estos experimentos profilácticos tenía 16 años de edad, lo que va en contra de la ley.³⁶⁰ A muchas de las mujeres se les daba alcohol antes de los experimentos. Mientras que los documentos expresaban que los hombres ocasionalmente recibían alcohol para “disminuir la resistencia a la infección”,³⁶¹ no se estableció ninguna razón por la cual se les proporcionaba alcohol a las trabajadoras sexuales.

Al menos, cuatro de las trabajadoras sexuales presentaban gonorrea adquirida de forma natural, pero el Dr. Cutler concluyó que era “imposible esperar una oportunidad de infección con gonorrea”.³⁶² Los investigadores inocularon artificialmente a cuatro trabajadoras sexuales varias veces.³⁶³ Algunos escritos contemporáneos sobre los experimentos con gonorrea indican pagos de \$25 para las trabajadoras sexuales por la realización de experimentos determinados,³⁶⁴ aunque la mayoría de los escritos no documenta ninguna compensación.³⁶⁵

Los investigadores inoculaban artificialmente a las trabajadoras sexuales con gonorrea por medio de un hisopo humedecido con pus que provenía de un caso agudo de uretritis gonocócica de un hombre, el cual introducían en el cuello uterino de la mujer y “lo aplicaban en los alrededores...con mucha fuerza”.³⁶⁶ Según los registros, todas las trabajadoras sexuales infectadas de este modo contrajeron la enfermedad. Ninguna de ellas “mostró evidencia de una infección aguda, como por ejemplo abundante flujo de pus espeso y amarillo proveniente del cuello uterino ni signos de enfermedad pélvica inflamatoria... [pero] todas mostraron evidencia de infección por flujo cervical y acumulación excesiva de secreción en la vagina”, y los cultivos de todas eran positivos.³⁶⁷ Posteriormente, el Dr. Cutler escribió, al menos, una nota que decía que dos de las mujeres involucradas en los experimentos “fueron eventualmente tratadas”,³⁶⁸ pero los registros detallados del tratamiento, como aquellos que existen para las otras poblaciones de sujetos, no existen para las trabajadoras sexuales comerciales.

El primer experimento con gonorrea, realizado el 15 de febrero de 1947, evaluó la efectividad de la penicilina/POB (un preparado de penicilina en un medio de aceite de maní y cera de abejas para garantizar una profilaxis de liberación

PERFIL DEL SUJETO: MARÍA LUISA

María Luisa era una trabajadora sexual comercial que acudió al VDSPH, dirigido por el Dr. Funes, el 13 de marzo de 1947. Sus resultados dieron positivo en los análisis de gonorrea al llegar al hospital y, posteriormente, fue derivada del Dr. Funes al Dr. Cutler.

El 15 de marzo de 1947, María Luisa recibió \$ 25 y tuvo contacto sexual con siete hombres. Durante el año siguiente, María Luisa fue inoculada once veces diferentes con numerosos tipos de cepas de gonorrea. Mientras estaba infectada con gonorrea, mantuvo 105 contactos sexuales.

No existe evidencia de que María Luisa haya recibido tratamiento para tratar su gonorrea aguda durante los experimentos.

lenta y continua) del Dr. Arnold en un ensayo controlado con placebo en el que 15 hombres fueron expuestos a trabajadoras sexuales que, se sabía, estaban infectadas.³⁶⁹ Como el Dr. Cutler escribió, más tarde, “idealmente, un profiláctico se debe evaluar en condiciones normales”.³⁷⁰ El Dr. Arnold estuvo allí para supervisar este trabajo. Él había llegado a Guatemala en algún momento antes del 10 de febrero y partió, aproximadamente, 10 días después. Arribó a su hogar a tiempo para escribirle al Dr. Cutler el 27 de febrero.

Antes de que comience el experimento, el Dr. Cutler designó específicamente los soldados que iban a recibir la profilaxis y aquellos que recibirían el placebo, pero el día del ensayo se invirtieron los roles de muchos hombres.³⁷¹ Se les indicó a las trabajadoras sexuales que no debían ducharse el día del experimento y no tenían permitido asearse entre los actos sexuales con los hombres.³⁷² En los experimentos posteriores, los investigadores confirmaron que las trabajadoras sexuales fueron infectadas antes de que las pruebas de profilaxis comenzaran; sin embargo, en el primer experimento, el Dr. Cutler no pudo confirmar el estado de infección en el momento de la exposición porque “las niñas estaban bastante asustadas”.³⁷³

En este primer experimento de exposición intencional, el Dr. Cutler registró el tiempo en que los soldados mantenían relaciones sexuales y, posteriormente, examinó a cada hombre para buscar “evidencia de secreción vaginal y eyaculación” y así “garantizar que el contacto realmente se había producido”.³⁷⁴ El Dr. Cutler también registró cuando el sujeto no eyaculaba.³⁷⁵ Si bien el objetivo de este primer experimento era “permitir la exposición de un extenso grupo de hombres a prostitutas infectadas con el fin de determinar el índice normal de infección con gonorrea”,³⁷⁶ ninguno de los hombres involucrados en el experimento contrajo gonorrea. El Dr. Cutler no informó este primer experimento en el resumen de su informe de los Estudios Experimentales con Gonorrea de 1952.³⁷⁷

Después de la visita del Dr. Arnold en febrero,³⁷⁸ los doctores Heller, Van Slyke y Mahoney viajaron a Guatemala en abril de 1947.³⁷⁹ El Dr. Cutler trabajó arduamente para atraer e impresionar a estos líderes superiores del PHS. En enero, el Dr. Cutler le había escrito al Dr. Mahoney para contarle sobre ocho casos de Mal del Pinto (una enfermedad cutánea causada por una espiroqueta que no puede distinguirse de la *Treponema pallidum*) que el Dr. Mahoney

podría revisar en su visita para usarlos en los experimentos con conejos.³⁸⁰ El Dr. Cutler pospuso el tratamiento durante tres meses, para que el Dr. Mahoney tuviera una gran oportunidad: “esperamos poder llevarlo a la finca para que vea a los pacientes con Mal del Pinto y les administre penicilina después de haber realizado biopsias para las inoculaciones de conejos. Los casos son más que interesantes y estoy seguro de que disfrutará el viaje”.³⁸¹

Los médicos visitantes observaron los experimentos de exposición intencional. El Dr. Van Slyke reclamó que el Dr. Cutler no había confirmado que las trabajadoras sexuales estaban, en realidad, infectadas con gonorrea en el momento de la exposición.³⁸² Al debatir sobre estas dudas posteriormente, el Dr. Arnold sugirió que el Dr. Cutler no “haga más despliegues, a menos que esté seguro de todo” para evitar “una impresión no favorable”. Como alternativa, el Dr. Arnold le sugirió al Dr. Cutler que “dibuje un poco la situación”.³⁸³

Además, la cantidad y la frecuencia de las exposiciones a las trabajadoras sexuales suscitaban varios problemas. Los superiores del Dr. Cutler recomendaron que las trabajadoras sexuales debían mantener relaciones sexuales con los hombres con varias horas de separación³⁸⁴ o varias veces al día³⁸⁵ para maximizar los índices de transmisión. Sin embargo, las trabajadoras sexuales involucradas en los experimentos mantenían relaciones con diferentes hombres, en ciertas ocasiones, con menos de un minuto de separación, lo que significa que tenían contacto con una gran cantidad de hombres en un período muy reducido.³⁸⁶ Por ejemplo, una trabajadora sexual a quien los investigadores infectaron con gonorrea mantuvo relaciones con ocho soldados³⁸⁷ en 71 minutos.³⁸⁸ Los índices de transmisión se mantuvieron bajos. De acuerdo con el informe final del Dr. Cutler, en total, en el Ejército de Guatemala, solo cinco infecciones surgieron como consecuencia de 138 exposiciones de 93 hombres (5,4 %) a 12 trabajadoras sexuales durante el curso de los experimentos de exposición normal que finalizaron en julio de 1948.³⁸⁹

Inoculación artificial

Poco tiempo después de que comenzaran los experimentos que incluían relaciones sexuales para inducir la infección de gonorrea, los investigadores también iniciaron experimentos con “inoculación artificial” y reprodujeron las técnicas empleadas en Terre Haute (consultar la Figura 8). Los investigadores realizaron estos experimentos con gonorrea mediante inoculación artificial

en el Ejército de Guatemala desde abril de 1947 (dos meses después de iniciar los experimentos que incluían relaciones sexuales).³⁹⁰ Emplearon dos procedimientos de inoculación artificial: inoculación “superficial” y “profunda”. Los hisopos utilizados en la inoculación superficial provenían del laboratorio de bacterias. Para la inoculación profunda, los investigadores usaron mondadientes cubiertos por una pequeña cantidad de algodón. En ambos procedimientos, el hisopo era humedecido con pus que provenía de un “caso agudo de gonorrea de un hombre”.³⁹¹ En una inoculación superficial:

“[E]l pene se tomaba del extremo distal del surco entre el dedo índice y el pulgar izquierdos del médico, para desviar la mucosa de la fosa navicular y obstruir la uretra distal a un punto de entre 2 y 4 mm del meato. Con la mano derecha, el médico cuidadosamente, y con un poco de fuerza, pasaba el hisopo grande inoculado por la mucosa con el fin de infectar toda la fosa navicular”.³⁹²

Con respecto al método de inoculación profunda, “el hisopo se... insertaba en la uretra a unos 1,27 [centímetros] y se frotaba, cuidadosamente, sobre la membrana de la mucosa, hasta causar dolor”.³⁹³

Mientras le describía al Dr. Mahoney los primeros resultados el 17 de mayo de 1947, el Dr. Cutler explicaba lo siguiente:

“El viernes 9 de mayo, realizamos otro experimento al inocular a seis pacientes con pus y tratar a tres de ellos. A partir del 15 de mayo, uno de los controles mostró cultivo positivo, el segundo mostró una gran cantidad de flujo con organismos extracelulares, mientras que el tercero mostró flujo considerabl[e] que es microscópicamente negativo hasta el momento. Eso me recuerda a los pacientes en Terre Haute, algunos de los cuales tuvieron dicho flujo durante algunos días antes de que pudiéramos dar el diagnóstico, mientras que, en otros, observamos organismos intra o extracelulares durante algunos días después de la inoculación, pero tenían cultivos negativos y no desarrollaron [sic] la infección. Ninguno de los pacientes que recibieron tratamiento muestra, hasta el momento, evidencia de infección”.³⁹⁴

En la misma carta, el Dr. Cutler también describió el primer logro de los investigadores al usar trabajadoras sexuales comerciales para la “exposición

normal” desde los meses anteriores (“hemos alcanzado el primer logro con exposición normal; uno de seis pacientes mostró resultados positivos”). Sin embargo, el Dr. Cutler siguió expresando inquietudes sobre la efectividad de este método de transmisión.³⁹⁵

Cuando el Dr. Cutler le escribió al Dr. Arnold el 5 de junio de 1947, luego de realizar ocho experimentos que incluían relaciones sexuales, le expresó que había observado que la infección por “exposición natural con estos hombres es más bien baja”.³⁹⁶ El 22 de junio, después de haber realizado otro experimento con relaciones sexuales, el Dr. Cutler le informó al Dr. Mahoney sus resultados continuados:

“En el último experimento de infección con gonorrea por medio de exposición natural, usamos dos muchachas durante un período de cuatro noches y cuatro hombres que fueron expuestos a ellas. Cada hombre mantenía relaciones la cantidad de veces que quería durante la noche, de manera que el tiempo tota[l] de exposición daba como promedio diez minutos; la mayoría de los hombres tenía dos exposiciones y algunos tenían tres. No había dudas de la presencia del gonococo en las mujeres, ya que esto se confirmaba a través de los cultivos dos veces cada noche. Sin embargo, después de dos semanas de observación, ninguno de los 16 hombres desarrolló la infección. Es posible que haya pasado mucho tiempo desde que las fuentes estuvieron infectadas. Por esa razón, ahora nos estamos preparando para exponer a nuestros hombres a la infección tan pronto como sea posible. En estos o en los próximos experimentos, usaremos alcohol nuevamente, ya que nuestro único logro ocurrió cuando un hombre había consumido alcohol antes de la exposición. Parece que los asuntos clandestinos, con respecto a la gonorrea, son mucho más seguros de lo que alguna vez imaginamos”.³⁹⁷

En respuesta, el Dr. Mahoney, cuyas dudas sobre la viabilidad de la infección intencional contribuyeron a la decisión de terminar con el trabajo de Terre Haute,³⁹⁸ le aconsejó a su colega subordinado, el 30 de junio, que siguiera un régimen solo de contacto (es decir, relaciones sexuales): “estamos esperando ansiosamente su informe sobre los experimentos de transmisión solo por

contacto sexual. Esto es sumamente importante si vamos a llevar a cabo los estudios detallados”.³⁹⁹ En agosto, el Dr. Mahoney le había advertido al Dr. Cutler que “también se está volviendo evidente que la infección experimental no puede producirse con frecuencia suficiente para garantizar una base adecuada para un estudio de profilaxis. Debido a las circunstancias, agradecería su opinión sobre la conveniencia de interrumpir la fase de gonorrea del proyecto por el momento”.⁴⁰⁰ El Dr. Cutler le respondió que “podríamos continuar [los experimentos] durante un tiempo más para obtener la mayor cantidad de información posible ahora que tenemos instalaciones en este lugar”.⁴⁰¹

A pesar de las preocupaciones del Dr. Mahoney, los investigadores aumentaron la cantidad de experimentos de inoculación artificial relacionados con los experimentos que incluían relaciones sexuales que comenzaron en agosto. Mientras que los investigadores realizaron 13 experimentos que incluían relaciones sexuales y ocho experimentos de inoculación artificial entre febrero y julio de 1947, ellos llevaron a cabo nueve experimentos que incluían relaciones sexuales y 32 experimentos de inoculación artificial entre agosto de 1947 y julio de 1948.⁴⁰²

Más tarde, al explicar su elección de comenzar con los métodos de inoculación artificial en 1952, el Dr. Cutler indicó que “[c]omo consecuencia de la experiencia de varios autores, se decidió realizar una evaluación de los métodos profilácticos y usar medios artificiales de inoculación”.⁴⁰³ El Dr. Cutler señaló que el Dr. Tejeda tenía muchos pacientes en el Ejército de Guatemala que se habían inoculado artificialmente ellos mismos con el fin de eludir las funciones oficiales: “[l]a técnica usada comúnmente consistía en tomar el extremo de una cerilla humedecida con pus de un caso agudo e insertar el extremo infectado de la cerilla en la uretra del soldado con la intención de infectarlo”.⁴⁰⁴ El Dr. Cutler también citó los experimentos de Terre Haute en su informe de 1952 como evidencia de que el método “podría originar la infección”,⁴⁰⁵ a pesar de las dudas sobre la efectividad de esta forma de investigación de la inoculación surgida en 1944.⁴⁰⁶

En los grupos de control, el Dr. Cutler informó índices de infección de, aproximadamente, 50 % con el método de inoculación superficial y de 97,8 % con el método de inoculación profunda.⁴⁰⁷ Concluyó que estas cifras mostraban que un agente profiláctico probado en comparación con un individuo inoculado

de manera artificial estaba “sujeto a una prueba muy estricta por cierto”.⁴⁰⁸ Si un agente profiláctico pudiera resistir un índice de infección del 54 %, expresó, “se esperarían buenos resultados” cuando estuviera sujeto a “una prueba menos estricta de un riesgo de rutina de infección”.⁴⁰⁹

En septiembre de 1947, el Dr. Cutler también decidió realizar varios experimentos mediante inoculación artificial después del contacto sexual. Con este método, los hombres mantenían relaciones sexuales con una trabajadora sexual comercial e inmediatamente después del acto, “mientras el pene todavía se encontraba parcialmente erecto y mientras el líquido de la eyaculación estaba en el meato”, se realizaba la inoculación para “simular las condiciones naturales de manera más exacta”.⁴¹⁰ Este tipo de experimento ocurrió durante 13 días diferentes, pero los resultados no difirieron de modo significativo de la inoculación artificial sin relaciones sexuales.⁴¹¹ Los investigadores completaron los experimentos con gonorrea en sujetos del Ejército de Guatemala en julio de 1948.⁴¹²

Hospital psiquiátrico

Los investigadores realizaron experimentos de exposición intencional con gonorrea en el hospital psiquiátrico desde junio hasta septiembre de 1948.⁴¹³ Estos experimentos involucraron un total de, aproximadamente, 50 sujetos, 32 de los cuales recibieron algún tipo de tratamiento.⁴¹⁴ Incluían la inoculación en el recto, la uretra o los ojos de los sujetos.⁴¹⁵ Una mujer que padecía una enfermedad terminal murió cuatro días después de que los investigadores la

PERFIL DEL SUJETO: BERTA

Berta era una paciente del Hospital psiquiátrico. Se desconocen su edad y la enfermedad por la cual la llevaron al hospital.

En febrero de 1948, le inyectaron sífilis en el brazo izquierdo. Un mes más tarde, desarrolló escabiosis (una infección que causa picazón en la piel, ocasionada por un ácaro). Varias semanas más tarde, el Dr. Cutler notó que también había desarrollado protuberancias rojas en el lugar donde la habían inyectado en el brazo, lesiones en los brazos y las piernas, y la piel se le estaba desprendiendo del cuerpo. Berta no recibió tratamiento para la sífilis sino hasta tres meses después de la inyección.

Poco después, el 23 de agosto, el Dr. Cutler escribió que Berta parecía que iba a morir, pero no especificó por qué. Ese mismo día, colocó pus gonocócico de otro sujeto masculino en los dos ojos de Berta, así como también en la uretra y el recto. También la volvió a infectar con sífilis. Varios días después, los ojos de Berta se llenaron de pus proveniente de la gonorrea y le sangraba la uretra.

El 27 de agosto, Berta falleció.

inocularan y no recibió ningún tratamiento para la gonorrea ni la sífilis que eran las enfermedades con las que los investigadores la habían infectado.⁴¹⁶

La sífilis es una enfermedad contagiosa causada por la bacteria *Treponema pallidum*. A pesar de que se transmite, principalmente, por el contacto sexual, la sífilis también puede transmitirse de madre a hijo durante el embarazo. La enfermedad se caracteriza, principalmente, por llagas, pero también puede tener una variedad de síntomas que varían según el estado de la enfermedad (primario, secundario, latente y terciario). La sífilis se puede diagnosticar mediante un análisis de sangre o un examen de las bacterias que se encuentran en la llaga infecciosa. Si se descubre a tiempo, la sífilis se puede tratar con un antibiótico, como la penicilina.

Experimentos con sífilis

Descripción general

Los investigadores llevaron a cabo experimentos de exposición intencional relacionados con la sífilis, una STD causada por la bacteria *Treponema pallidum*, con 688 sujetos, entre ellos, trabajadoras sexuales, prisioneros y pacientes psiquiátricos desde mayo de 1947 hasta octubre de 1948.⁴¹⁷ El objetivo principal de estos experimentos era estudiar la efectividad clínica de la profilaxis con la solución orvus-mapharsen que los doctores Arnold y Mahoney demostraron que era efectiva en conejos.⁴¹⁸ Otros tipos de profilaxis

que se evaluaron fueron el “kit profiláctico” del ejército (un preparado tópico que contenía calomelanos, sulfatiazol, vaselina blanca, aceite mineral ligero y alcohol cetílico), preparados administrados por vía parenteral (p. ej., POB) y penicilina oral en forma líquida o en pastillas.⁴¹⁹

Los investigadores utilizaron distintas cepas de material infeccioso para los experimentos con sífilis.⁴²⁰ Usaron conejos como fuente de la mayoría de las cepas,⁴²¹ pero también analizaron cepas tomadas directamente de seres humanos (“material de conducto humano”) debido a cuestiones sobre el impacto del conducto del conejo en la patogenicidad de la *Treponema pallidum* y la convicción de que “el valor final de un agente profiláctico depende de la capacidad de proteger al hombre de la infección en el hombre”.⁴²² Estos métodos expusieron a los sujetos a otros riesgos para la salud, como los patógenos de ser humano a ser humano, además de la sífilis y varios patógenos zoonóticos provenientes de las cepas de los conejos.

Para recolectar el material del conducto humano, el Dr. Cutler usó exudados (líquido infeccioso) de sujetos seleccionados que, anteriormente, habían

tenido chancros infectados en el pene o la piel. Algunos de ellos se obtuvieron de pacientes de los hospitales locales, entre ellos el Hospital Militar, donde trabajaba el Dr. Raul Maza. El Dr. Cutler luego extirpaba los chancros cutáneos, algunas veces mediante una “circuncisión” total, con anestesia local.⁴²³ En su Informe final sobre sífilis, explicó que el tratamiento para la sífilis del donante se proporcionaba, algunas veces, inmediatamente después de la extirpación del chancro, pero que, otras veces, “el tratamiento se posponía para estudiar la cicatrización de las heridas de la operación en pacientes sifilíticos”.⁴²⁴ Luego, el material se trituraba y se convertía en una emulsión. El inóculo de “cepas ilícitas” era una mezcla de material recolectado de tres soldados diferentes.⁴²⁵

Los investigadores utilizaron tres tipos de inyecciones intramusculares de penicilina para el tratamiento: una solución acuosa de la sal de sodio o potasio de la bencilpenicilina, POB o Duracillin, es decir, la sal de la procaína de la penicilina en una base de aceite de maní.⁴²⁶ Mientras que algunos de los sujetos expuestos a la sífilis no recibieron tratamiento, ya que no tenían evidencia clínica de la enfermedad (p. ej., el desarrollo de un chancro), 388 de 688 sujetos fueron tratados de algún modo.⁴²⁷ Sin embargo, estas prácticas de tratamiento variaban y la eficacia de los diferentes métodos no se conocía completamente en ese entonces. Los investigadores registraron pocas reacciones adversas relacionadas directamente con el tratamiento con penicilina, pero observaron que, al menos, un sujeto murió después de recibir penicilina.⁴²⁸

Penitenciaría

Cuando los investigadores empezaron a trabajar en la penitenciaría a principios del otoño de 1946, limitaron su trabajo al tratamiento y detección de “buena fe”, además de la serología y la profilaxis con placebo, hasta el 10 de mayo de 1947, cuando el grupo inició los experimentos de exposición intencional.⁴²⁹ En total, se incluyeron 219 prisioneros en estos experimentos a través de la exposición a trabajadoras sexuales comerciales infectadas o mediante inoculaciones artificiales con material infeccioso, entre mayo de 1947 y septiembre de 1948.⁴³⁰ Solo 92 de 219 personas expuestas recibieron algún tipo de tratamiento.⁴³¹ A diferencia de los experimentos con soldados y pacientes psiquiátricos, los prisioneros fueron expuestos a trabajadoras sexuales e inoculación artificial con métodos de inyección relativamente menos invasivos.⁴³²

Los reclusos eran considerados como una población aislada que podía utilizarse para la “exposición normal” a STD (es decir, mediante relaciones sexuales). No

hay registros que demuestren que los hombres en la Penitenciaría hayan dado su consentimiento para participar en un experimento o que comprendieron que se estaba llevando a cabo un experimento. Además, las pruebas sugieren que algunos prisioneros se opusieron a participar. Como el Dr. Cutler explicó posteriormente, “las relaciones entre prisioneros y experimentadores” hicieron imposible garantizar la extracción del suero de las lesiones secas debido a las “protestas extenuantes por el dolor” de los prisioneros.⁴³³

Una gran parte de la población de la prisión estaba compuesta por aborígenes guatemaltecos, denominados “indígenas”. Cuando el Dr. Cutler le escribió al Dr. Arnold acerca de este grupo, poco después de llegar en agosto de 1946, le comunicó que, según el punto de vista del Dr. Spoto, los “indígenas” no debían recibir explicaciones sobre los experimentos.⁴³⁴ “Asimismo”, el Dr. Cutler continuó, “el pago que le otorgaremos a los hombres será considerablemente menor de lo que habíamos planificado en un principio”.⁴³⁵ No obstante, los investigadores implementaron diferentes métodos con el fin de engañar a los prisioneros con respecto a los objetivos de la investigación durante los experimentos, y posiblemente después de ellos. En enero de 1947, el Dr. Cutler le informó al Dr. Mahoney sobre varios pasos que había planificado con “todos los afectados” con el fin de “disipar los miedos y las sospechas” sobre la investigación:

“En la medida en que el trabajo en la prisión continúe, posiblemente se tendrá que realizar con un esquema de profilaxis para todos y se usará un placebo cuando se indique. Con el fin de aumentar la cantidad de exposiciones, deberíamos traer las fuentes [sic] de infección [las trabajadoras sexuales comerciales] según se indique junto con otras que no estén infectadas, de modo que se disipen los miedos y las sospechas. De esa manera, podríamos evitar las repercusiones políticas que ya se están difundiendo, debido a que los periódicos se quejan de las condiciones actuales en la prisión. Es bastante probable que no les tengamos que pagar a los hombres o que le entreguemos un paquete de cigarrillos, algún jabón u otros elementos por cada extracción de sangre. Tuvimos muchas conferencias sobre este tema y el esquema mencionado anteriormente parece ser el más aceptable para todos los involucrados y, además, ofrece el menor riesgo de problemas”.⁴³⁶

A pesar de estos planes, los registros del Dr. Cutler muestran que solo 13 de los 23 experimentos incluían relaciones sexuales; el resto incluía inyecciones como técnica de exposición artificial.⁴³⁷ En 1955, el Dr. Cutler escribió sobre los objetivos del trabajo de inoculación en la Penitenciaría y explicó que el fin era identificar una prueba serológica efectiva y encontrar respuestas a muchas otras preguntas (solo una de ellas estaba relacionada con la profilaxis y ninguna incluía la solución orvus-mapharsen):

- ¿Qué tipo de cambios serológicos y clínicos pueden surgir como consecuencia de la inyección de sífilomas testiculares de conejo (a diferencia de los humanos)?⁴³⁸
- ¿Es posible la sobreinfección?⁴³⁹
- ¿Puede perderse la virulencia de la enfermedad debido a la duración de la infección en el conejo?⁴⁴⁰
- ¿Puede el material del conducto animal “atenuar o alterar la bacteria, de manera que [] pierda la capacidad para penetrar en la membrana mucosa humana”, lo que llevaría a los investigadores a diseñar un experimento con el fin de “pasar el material al hombre”?⁴⁴¹
- ¿Cuál fue la efectividad del “tratamiento con penicilina frustrado”⁴⁴² y la profilaxis con penicilina intramuscular?⁴⁴³
- ¿Pueden volver a infectarse los sujetos tratados con sífilis latente temprana o tardía?⁴⁴⁴

Los informes individuales de los experimentos con inyecciones, encontrados más tarde en el informe final de 1955, incluyen datos de investigación recolectados para responder cada una de estas preguntas.

A pesar de las continuas inquietudes sobre las pruebas serológicas y su credibilidad como indicador de infección, los investigadores comenzaron los experimentos con sífilis con trabajadoras sexuales y prisioneros en mayo de 1947, poco después de la visita de los doctores Mahoney, Heller y Van Slyke.⁴⁴⁵ En los escritos de 1955, el Dr. Cutler describió a las trabajadoras sexuales que brindaban sus servicios a la población penitenciaria como las “más bajas en la escala social de las prostitutas locales y las que estaban infectadas con sífilis y gonorrea con más frecuencia”,⁴⁴⁶ pero el Dr. Cutler inoculó a algunas de las

trabajadoras sexuales directamente mediante una inyección intracervical de sífilomas testiculares de conejo.⁴⁴⁷ Poco después, estas mujeres mantuvieron relaciones sexuales con doce reclusos. Ninguno de los prisioneros presentó síntomas clínicos de infección, pero fue imposible realizar un trabajo de seguimiento completo de la serología debido a las objeciones de los prisioneros sobre la extracción de sangre.⁴⁴⁸ Al igual que los dos primeros experimentos con gonorrea, este primer experimento con sífilis en la Penitenciaría no se incluyó en la cronología del resumen en el Informe final sobre sífilis del Dr. Cutler. Posteriormente, el Dr. Cutler escribió que los investigadores les iban a pagar a las trabajadoras sexuales por sus servicios,⁴⁴⁹ pero no existen registros contemporáneos que demuestren una compensación.

En su informe final, el Dr. Cutler sostuvo que “se volvió necesario desarrollar un modo diferente de ataque” de la exposición con contacto sexual para inocular a los prisioneros, debido a la cantidad reducida de hombres disponibles para el experimento y las dificultades científicas que estaban enfrentando.⁴⁵⁰ Sin embargo, los investigadores iniciaron las inoculaciones intradérmicas de los prisioneros el 14 de mayo,⁴⁵¹ días antes del primer experimento de “exposición normal” fallido. Los prisioneros recibieron inyecciones intradérmicas de material sífilítico dentro del borde distal del prepucio o en la cara anterior del antebrazo derecho.⁴⁵²

Los investigadores alcanzaron un índice de transmisión del 96,8 % en el primer experimento de inoculación artificial en la prisión mediante el uso de inyección.⁴⁵³ Sin embargo, “[e]n vista de la importancia de obtener información lo más pronto posible”, los investigadores decidieron comenzar el próximo experimento “sin esperar a determinar los resultados” del primero.⁴⁵⁴ Los investigadores, además, utilizaban la misma aguja “reiteradas veces” y “sin ningún tipo de esterilización de un paciente a otro”.⁴⁵⁵ Estas prácticas aumentaban considerablemente el riesgo de infección y otros efectos secundarios para los sujetos.

El plan original de evaluar la profilaxis por medio de la solución orvus-mapharsen a través de la “exposición normal” del contacto sexual entre una mujer infectada y un hombre no infectado en la Penitenciaría nunca se implementó.

Hospital psiquiátrico

En enero de 1947, cuatro meses antes de comenzar cualquier experimento de exposición intencional en la Penitenciaría y un mes antes de iniciar los experimentos de exposición intencional en el Ejército de Guatemala, el Dr. Cutler le recomendó al Dr. Mahoney complementar el diseño original de investigación con otros experimentos “como la inoculación” en el Hospital Nacional de Salud Mental de Guatemala.⁴⁵⁶ La decisión de emprender experimentos de exposición intencional en ese lugar encontró cierta resistencia por parte de los supervisores del Dr. Cutler, quienes plantearon ciertas inquietudes sobre las posibles reacciones adversas de las personas. En abril de 1947, antes de que comience cualquier experimento de exposición intencional con sífilis en la Penitenciaría o en el Hospital Psiquiátrico, el Dr. Arnold le escribió al Dr. Cutler que tenía “algunas dudas, en realidad más que algunas, sobre el experimento con personas psiquiátricas”, ya que ellas “no pueden dar su consentimiento” y “no comprenden lo que sucede...”.⁴⁵⁷ El Dr. Arnold parecía estar preocupado, principalmente, por quedar expuesto a las críticas, ya que si “alguna organización humanitaria llegara a enterarse de este trabajo, no se quedarían calladas”.⁴⁵⁸ Continuó diciendo:

“Creo que los soldados o los prisioneros serían más convenientes, ya que pueden dar su consentimiento. Quizás soy muy conservador. Depende, en gran medida, del médico y la reacción del director del hosp. [sic] También de cuántos tienen conocimiento de lo que estaba ocurriendo [sic]. Me enteré de que un [sujeto] o una docena pueden ser infectados, desarrollar la enfermedad y curarse antes de que algo se sospeche. La penicilina podría ser un medicamento [tratamiento] para la demencia; su primer estudio podría realizarse en poco tiempo y nada sería más aconsejable. En el informe, no veo motivo alguno para mencionar el lugar donde se llevó a cabo el trabajo ni el tipo de voluntario. Usted conoce mejor la situación, pero asegúrese de cubrir todos los ángulos”.⁴⁵⁹

En el Informe final sobre sífilis de 1955, el Dr. Cutler expuso la decisión de trasladarse al Hospital Psiquiátrico como consecuencia de los problemas que ocurrieron en la Penitenciaría, especialmente las objeciones de los prisioneros relacionadas con la extracción de sangre, lo que era decisivo para evaluar la infección.⁴⁶⁰ “Como el trabajo en la Penitenciaría era cada vez menos atractivo”,



Erupción sífilítica de una paciente psiquiátrica de 22 años de edad que fue expuesta a la sífilis dos veces y recibió parte del tratamiento. *De los Archivos Nacionales y Administración de Documentos*

escribió Cutler, los investigadores “trasladaron [su] principal actividad al asilo”.⁴⁶¹ Sin embargo, los primeros experimentos de exposición intencional en el Hospital Psiquiátrico ocurrieron solo tres días después del primer experimento de exposición intencional en la Penitenciaría (10 y 13 de mayo, respectivamente).⁴⁶² Además, el trabajo de la Penitenciaría continuó durante casi un año y medio después de que empezara el trabajo en el

Hospital Psiquiátrico. Un total de 446 pacientes psiquiátricos participaron en los experimentos de exposición intencional con sífilis, 294 de los cuales recibieron algún tipo de tratamiento.⁴⁶³

El Dr. Cutler expresó que elegían a los sujetos en el Hospital Psiquiátrico según ciertas “consideraciones relacionadas con la custodia”, como la fecha prevista de alta y la ausencia de comportamiento homosexual. Sin embargo, existen varios casos en los que los investigadores expusieron, de manera intencional, a hombres que demostraron ser “homosexuales activos”.⁴⁶⁴ Es posible que los sujetos involucrados en el experimento hayan contagiado la sífilis más allá de los límites experimentales a través del contacto homosexual,⁴⁶⁵ pero el Dr. Cutler descartó esta posibilidad en su Informe final sobre sífilis de 1955. Cutler informó que no se observaron pruebas clínicas que demuestren que la sífilis se transmitió de este modo.⁴⁶⁶

El Dr. Carlos Salvado, director del Hospital Psiquiátrico, colaboró en los experimentos con sífilis y gonorrea, y puso el personal del hospital a disposición de los investigadores.⁴⁶⁷ El Dr. Cutler reconoció al Dr. Salvado y le sugirió el uso de los pacientes psiquiátricos en los experimentos, “ya que tenemos disponible un tratamiento seguro y certero para la sífilis...”.⁴⁶⁸ El Dr. Cutler agregó que “los médicos responsables que representan a todos los grupos afectados” decidieron conjuntamente llevar a cabo los experimentos de inoculación con sífilis en el Hospital Psiquiátrico. El Dr. Cutler justificó su decisión al señalar

que los “[m]iembros que representan el VDRL tenían experiencia previa en la inoculación de voluntarios con gonorrea y sífilis” y, luego, citó los experimentos realizados en Terre Haute y una “observación sin publicar” que hizo con el Dr. Arnold “sobre la inoculación de voluntarios con la cepa Nichols *T. pallidum* que se obtiene de los sifilomas testiculares del conejo y que se congelan rápidamente y se mantienen refrigerados en dióxido de carbono sólido”.⁴⁶⁹ El Dr. Cutler argumentó que las “organizaciones involucradas” han participado en experimentos de inoculación⁴⁷⁰ con malaria y hepatitis infecciosa,⁴⁷¹ “de modo que hubo una gran cantidad de experiencias con los métodos de trabajo para la inoculación en seres humanos y con las medidas de seguridad para los individuos involucrados”.⁴⁷²

Los investigadores consideraban que una oportunidad de esta índole “proporcionaría respuestas definitivas a numerosas preguntas de gran importancia, no solo relacionadas con la profilaxis, sino también con el progreso del control nacional e internacional de las enfermedades venéreas puesto en práctica o propuesto para el futuro”.⁴⁷³ El Dr. Cutler posteriormente escribió que, una vez en el Hospital Psiquiátrico, las preguntas de “las respuestas definitivas que se esperarían encontrar”, incluían las siguientes:

- ¿La profilaxis mediante la solución orvus-mapharsen fue efectiva en la prevención de la sífilis?
- ¿En qué se asemeja la profilaxis mediante la solución orvus-mapharsen a aquellas que se utilizaban en ese momento?
- ¿Fue efectiva la penicilina oral como profilaxis?
- ¿Puede ocurrir una reinfección después del tratamiento y de la evolución clínica?
- ¿Puede ocurrir una reinfección o una sobreinfección en un caso de sífilis tardía o latente que haya sido tratada o sin tratar?⁴⁷⁴

El personal del Hospital Psiquiátrico ayudó durante los experimentos de forma “irregular, pero constante”.⁴⁷⁵ El Dr. Salvado se opuso a que los investigadores realicen pagos complementarios para compensar al personal del Hospital Psiquiátrico, pero permitió que los investigadores compartan los poco frecuentes paquetes de cigarrillos estadounidenses o unos pocos dólares que les sobran.⁴⁷⁶ Los empleados del hospital les informaban a los investigadores

sobre las muertes, los ayudaban con las autopsias y con los experimentos de grandes grupos de sujetos.⁴⁷⁷

Cuando los investigadores comenzaron a trabajar en el Hospital Psiquiátrico, el Dr. Cutler propuso transferir los \$1.500 que originalmente les iban a entregar a los voluntarios de la prisión⁴⁷⁸ “para el beneficio de la institución en lugar de las personas”.⁴⁷⁹ Bajo la dirección del Dr. Salvado y “la Hermana a cargo”, se proporcionaron un refrigerador para almacenar los medicamentos, un proyector de sonido y algunos platos y vasos de metal.⁴⁸⁰ El Dr. Cutler confirma, en su informe, que estos objetos se compraron para el hospital, pero se deduce de la correspondencia que los objetos se vendieron posteriormente al hospital al costo.⁴⁸¹ Como remuneración, los investigadores les proporcionaron a los sujetos cigarrillos para el “manejo del paciente”.⁴⁸²

Los investigadores también les proporcionaron medicamentos a los pacientes psiquiátricos con el fin específico de satisfacer sus propias necesidades de pruebas serológicas. El 6 de febrero de 1948, el Dr. Cutler le explicó en una carta al Dr. Mahoney:

“Tenemos que pedir grandes cantidades de [d]ilantin para protegernos. Ellos comenzaron a tratar a los epilépticos en el asilo con sulfato de magnesio por vía intravenosa y esto causó trombosis venosa, por lo que comenzamos a tener inconvenientes para extraer muestras de sangre. Por interés propio, aceptamos proveer Dilantin para tratar a todos los pacientes que nos interesan”.⁴⁸³

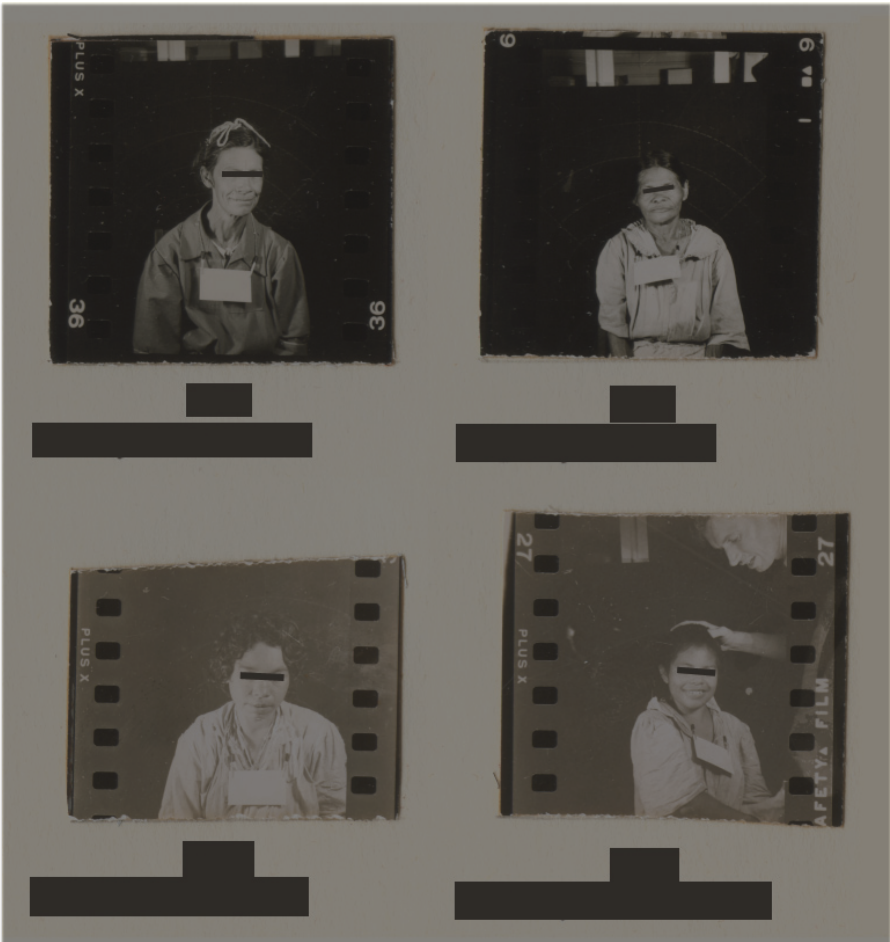
El Informe final sobre sífilis del Dr. Cutler no menciona este argumento, pero advierte, en su lugar, que “el proyecto le proporcionó medicamentos anticonvulsivos que eran muy necesarios, especialmente Dilantin, a una gran parte de los pacientes epilépticos; anteriormente, los fondos habían sido insuficientes para suministrarles medicamentos a estos pacientes”.⁴⁸⁴

No hay evidencia que indique que los sujetos psiquiátricos dieron su consentimiento o comprendieron que formaban parte de un experimento. Más aún, cuando le escribió sobre el primer experimento en el Hospital Psiquiátrico, el Dr. Cutler le comunicó a Mahoney que “[c]omo se puede imaginar, todos estamos nerviosos, y les explicamos a los pacientes y demás involucrados, con unas pocas excepciones, que el tratamiento es uno nuevo que utiliza suero después de la penicilina. Este doble discurso me tiene a los saltos a veces”.⁴⁸⁵

Existen, además, varios ejemplos registrados de pacientes psiquiátricos que objetaban activamente los experimentos. Por ejemplo, un sujeto “huyó de la

Esta paciente del hospital psiquiátrico fue expuesta a la sífilis dos veces y recibió tratamiento con penicilina. También participaba en las pruebas de serología para detectar la sífilis. Se desconocen su edad, el diagnóstico original y el motivo de su tratamiento hospitalario.

Esta paciente del hospital psiquiátrico fue expuesta a la sífilis dos veces y recibió tratamiento con penicilina. También participaba en las pruebas de serología para detectar la sífilis. Se desconocen su edad, el diagnóstico original y el motivo de su tratamiento hospitalario.



Esta paciente de 25 años de edad del Hospital psiquiátrico fue expuesta a la sífilis una vez y no existen registros de tratamiento. También participaba en las pruebas de serología para detectar la sífilis. Se desconocen su diagnóstico original y el motivo de su tratamiento hospitalario. Los registros indican que fue liberada.

Esta paciente de 16 años de edad del Hospital psiquiátrico fue expuesta a la sífilis dos veces y recibió tratamiento con penicilina. También participaba en las pruebas de serología para detectar la sífilis. Se desconocen su diagnóstico original y el motivo de su tratamiento hospitalario. Los registros indican que la paciente era “poco dispuesta”. *De los Archivos Nacionales y Administración de Documentos*

habitación” después de ser sometido a la escarificación del pene, y llevó varias horas encontrarlo.⁴⁸⁶ El Dr. Cutler informó que resultaba difícil examinar el abdomen, los pechos o la espalda de las mujeres debido a los “prejuicios locales de que un hombre viera sus cuerpos, incluso los médicos...”⁴⁸⁷ El Dr. Cutler también admitió que, según sus “estudios establecidos”, no existía “una buena razón que darles [a las mujeres] para explicarles la necesidad de completar los exámenes”.⁴⁸⁸ Por lo tanto, escribió: “[I]amentablemente, no fue viable intentar la inoculación en la mucosa de los genitales femeninos a fin de compararlos con los masculinos”.⁴⁸⁹



Este es el chancro sifilítico de una paciente psiquiátrica que fue expuesta a la sífilis dos veces, recibió parte del tratamiento y luego falleció. De los Archivos Nacionales y Administración de Documentos

Inyección y método de contagio

En mayo de 1947, los investigadores comenzaron sus experimentos de inoculación artificial de la sífilis en el Hospital Psiquiátrico con dos métodos diferentes de exposición que usaban la técnica de la inyección, empleada en la Penitenciaría también, y el método de “contacto”, que usaron previamente los doctores Mahoney y Arnold en experimentos con conejos.⁴⁹⁰ En abril, en una carta para Cutler, el Dr. Arnold había explicado de qué manera exponer mejor a los sujetos a través del contacto.⁴⁹¹ Cutler usó este método, ya que ambos, él y Mahoney, sintieron que este era el procedimiento que “más se aproximaba” al contacto sexual habitual.⁴⁹² Durante el “método de contacto”:

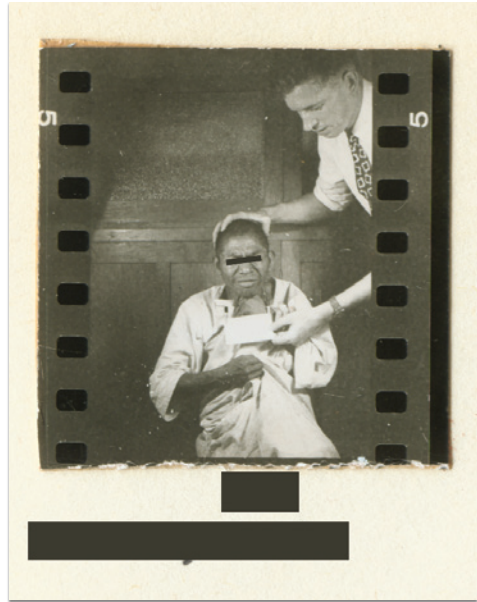
“[S]e colocaba una compresa higiénica de algodón en el frenillo y se humedecía con diversas cantidades de suspensión de manera intermitente, según el experimento. La compresa se humedecía vertiendo en ella gotas de líquido a través de agujas de calibre 25. El prepucio se volvía a la posición normal tapando por completo la compresa”.⁴⁹³

Más tarde, Cutler informó un índice de transmisión de 17,9 % con este método.⁴⁹⁴

Escarificación y abrasión

El 24 de septiembre de 1947, después de seis experimentos de contacto e inyecciones en el Hospital Psiquiátrico, los investigadores comenzaron a excoriar las membranas de los penes de los sujetos psiquiátricos para mejorar el índice de transmisión de sífilis.⁴⁹⁵

No obstante, al igual que las inoculaciones artificiales de gonorrea, esta técnica sembró serias dudas entre los supervisores del Dr. Cutler en el VDRL. El 8 de septiembre, el Dr. Mahoney le recordó a Cutler : “hemos demorado el comienzo de un ensayo de campo del agente profiláctico con la esperanza de



Este paciente del hospital psiquiátrico fue expuesto a la sífilis dos veces y recibió tratamiento con penicilina. También participaba en las pruebas de serología para detectar la sífilis. Se desconocen su edad, el diagnóstico original y el motivo de su tratamiento hospitalario. *De los Archivos Nacionales y Administración de Documentos*

que el trabajo en Guatemala nos proporcione datos precisos que respalden, aunque sea en pequeña escala, los hallazgos experimentales en animales”.⁴⁹⁶

El Dr. Mahoney sintió que tanto la escarificación como la abrasión eran “drásticas”, iban “más allá del entorno de la transmisión natural y no [servirían] como base para el estudio de un agente profiláctico aplicado localmente”.⁴⁹⁷

El Dr. Mahoney le comentó al Dr. Cutler: “a menos que podamos transmitir la infección de inmediato y sin recurrir a la escarificación o a la implantación directa, las posibilidades de estudiar al sujeto no son alentadoras”.⁴⁹⁸

En otra carta del mismo día, Mahoney continuó:

“Desearía que me comente qué opina sobre el futuro del trabajo en Guatemala. En caso de que se pruebe que es imposible solucionar el ángulo de profilaxis, habremos dejado únicamente el estudio de serología y el trabajo sobre el tratamiento con penicilina. Seguramente tendríamos dificultades en vender un proyecto costoso de este tipo al Servicio de Salud Pública”.⁴⁹⁹

PERFIL DEL SUJETO: CELSO

Celso era un paciente del Hospital psiquiátrico. Se desconocen su edad y la enfermedad por la cual lo llevaron al hospital.

Celso participó en dos experimentos de sífilis en 1947, cuando se le aplicó en el pene un emulsión que tenía sífilis. En un experimento, recibió profilaxis de penicilina y, en la otra, no recibió profilaxis. Celso estaba inscrito en su tercer y último experimento en enero de 1948. Como parte de este experimento, su pene fue excoriado y luego se le aplicó sífilis. En marzo y abril de 1948, Celso manifestó múltiples síntomas clínicos de sífilis. En mayo de 1948, recibió tratamiento con penicilina, pero los exámenes posteriores de junio de 1948 determinaron que su caso se había tornado en sífilis de estadio secundario. No existen registros de tratamientos adicionales.

En junio de 1949, las anotaciones del Dr. Cutler determinan que Celso murió como consecuencia de una lobotomía y que se le realizó una autopsia. No obstante, el Dr. Cutler recibió una carta en 1952 en la que decía que Celso estaba vivo y que no tenía síntomas clínicos de sífilis. No queda claro cuál de los registros es el correcto.

El 18 de septiembre, el Dr. Cutler le escribió a Mahoney que la “gran cantidad de trabajo fundamental por realizar respecto de la sífilis experimental en el hombre y en la serología” debería “facilitar la justificación de la continuidad del estudio, incluso aunque no podamos estudiar la profilaxis simple tal como planificamos originalmente”.⁵⁰⁰

“Con la oportunidad que ofrecen aquí para estudiar la sífilis desde el punto de vista de la ciencia solamente, tal como Chesney la estudió en los conejos, se debería poder justificar el proyecto en caso de que sea imposible la resolución del programa profiláctico. Pero consideramos que podremos someter la profilaxis a un ensayo estricto. En la misma línea de pensamiento de la investigación por ciencia pura, tendré, más tarde, la oportunidad de realizar una encuesta en un pequeño grupo de indígenas [en los] que se está trabajando a través de la Institución Carnegie. Si se realizan hallazgos interesantes, podremos obtener nuevas pistas para investigar sobre una base puramente científica”.⁵⁰¹

Cutler ignoró las objeciones de su supervisor en cuanto a la escarificación y la abrasión. En cambio, argumentó que “podremos estudiar la profilaxis mediante otros

métodos para someterla a pruebas mucho más estrictas que las que se realizan normalmente”.⁵⁰² El Dr. Cutler, en una carta al Dr. Mahoney, escribió que “[l]a baja incidencia de infección después de la exposición natural indica que la

prueba a la que se sometió el método [de profilaxis] es mucho más drástica que la que se produce en condiciones de exposición normal”.⁵⁰³

Cutler justificó sus “métodos de desafío heroicos”⁵⁰⁴ en el Informe final sobre sífilis como medio para brindar una experimentación más rigurosa:

“Se supo al comienzo que la abrasión mecánica sería, probablemente, más eficaz que la que se produce naturalmente y podría permitir una penetración más inmediata de los organismos. Pero consideramos que, en tales circunstancias, cualquier agente que se probara para obtener el valor profiláctico sería sometido a una condición de prueba mucho más estricta que cualquiera que se produjera naturalmente”.⁵⁰⁵

En su informe de los Estudios Experimentales con Gonorrea, ofreció un fundamento paralelo para las técnicas de exposición artificial:

“Una comparación entre el índice de infección de (5/93) 5,4 % después de la exposición normal a una mujer infectada y de (47/87) 54 % después de la inoculación superficial indica que un agente profiláctico probado en pacientes inoculados superficialmente se somete a una prueba muy estricta, de modo que se espera que una preparación que resultó eficaz en estas circunstancias tenga buenos resultados cuando se la somete a una prueba menos estricta de riesgo de rutina de infección”.⁵⁰⁶

Además, en función de las observaciones del “enrojecimiento y el aspecto deteriorado” de los penes, el Dr. Cutler concluyó que había “probablemente intenso traumatismo peniano durante el coito con roturas de membrana”.⁵⁰⁷

El Dr. Cutler entendió que la infección con sífilis podría depender de estas “roturas en la continuidad de la membrana mucosa” y que “todo método de inoculación que destruyera la continuidad de la piel o la membrana mucosa podría ofrecer un enfoque fisiológico más cercano al problema de producir la infección experimental”.⁵⁰⁸ En septiembre, Cutler argumentó esto justificando la escarificación ante los doctores Arnold⁵⁰⁹ y Mahoney⁵¹⁰. Más tarde, en una revisión histórica del control de STD (redactada en 1989), el Dr. Cutler concluyó que “los estudios de inoculación con sífilis en seres humanos demostraron el valor de una piel y una membrana mucosa intactas y saludables al momento de

prevenir la infección”.⁵¹¹ La evidencia que citó para realizar esta afirmación fue “una conversación con el doctor JM Funes (diciembre de 1947)”.⁵¹²

Los investigadores continuaron empleando el método de contacto después de haber comenzado la abrasión, ya que, “[h]asta el momento, existían dudas sobre la conveniencia de utilizar un método de inoculación que involucrara daños a [la] membrana mucosa al poner a prueba la profilaxis”.⁵¹³ El Dr. Cutler respondió las inquietudes del Dr. Mahoney aseverando que “dentro de unos próximos días, esperamos comenzar el estudio de profilaxis de la sífilis tal como se planificó originalmente”. Concluyó afirmando que “no [s]abemos nada de la infección después de la escarificación, pero mi presentimiento es que subestimamos la importancia de las roturas de la continuidad de la membrana mucosa en la invasión de las espiroquetas”.⁵¹⁴

No obstante, el Dr. Cutler concluyó que la abrasión era “el único método factible” de profilaxis para poner a prueba “la exposición sexual normal aproximada...”.⁵¹⁵ Al aplicar localmente el material sifilítico en la membrana mucosa excoriada del pene:

“[S]e retraía el prepucio y se colocaba el glande sobre una superficie en el dedo índice de la mano izquierda del médico. Por medio del extremo largo de una aguja hipodérmica de bisel largo de calibre 20 sostenido con la mano derecha, se excoriaba levemente la superficie dorsal del glande de manera distal al surco coronal en un área de alrededor de 2 x 5 mm. Intentamos detener la abrasión antes de extraer sangre o suero, casi sin eliminar la capa de la superficie, pero frecuentemente se podían ver pequeños puntos de sangrado. El área excoriada se cubría con... [una] compresa de algodón [embebida en *Treponema pallidum*].”⁵¹⁶

El Dr. Cutler más tarde informó que los investigadores lograron un índice de transmisión de 91,6 % a través de este modo de inoculación, que era considerablemente mayor al índice que lograban después del acto sexual. El Dr. Cutler concluyó que este método de inoculación debería, por lo tanto, “proporcionar la prueba más estricta de eficacia clínica de cualquier agente profiláctico”.⁵¹⁷

Durante un modo de infección relacionado, se produce la “técnica de presión múltiple”:

“La inoculación se realizó sobre la región deltoidea... se vertieron una o dos gotas de emulsión con espiroquetas sobre la superficie. A través de esta gota y mediante el uso de una aguja de coser esterilizada o una aguja hipodérmica de calibre pequeño, se realizó una serie de 2 a 30 golpecitos con la técnica [sic] utilizada para la vacuna de la viruela y se dejó secar el material. Se intentó no penetrar la dermis ni extraer sangre”.⁵¹⁸

Una vez que se excoriaba al sujeto y se le aplicaba el inóculo como se describe anteriormente, se colocaba una pequeña cantidad del agente profiláctico en “el meato” y el médico frotaba el resto del material “meticulosamente en el glande, el prepucio, a lo largo del pene y sobre el vello púbico”.⁵¹⁹

Debido a que los “[r]esultados completos de un procedimiento experimental determinado no estaban disponibles durante, al menos, cuatro meses después de la inoculación”, el Dr. Cutler escribió:

“Dada la cantidad limitada de tiempo disponible para completar el proyecto, no era, por lo tanto, factible esperar cuatro meses entre cada prueba del experimento para planificar experimentos sucesivos en función del conocimiento obtenido de los anteriores. Por ende, era necesario anticipar los resultados sobre la base de observaciones tempranas y avanzar con los indicios de datos experimentales incompletos, sabiendo que el análisis final se realizaría con el trabajo completo para que pudiera salir a la luz cualquier error en una primera hipótesis”.⁵²⁰

Contagio oral y punciones cisternales

Los investigadores también decidieron emprender otros tipos de inoculación en el Hospital Psiquiátrico, incluso la ingestión oral de material sifilítico. Para este trabajo, los investigadores tenían curiosidad sobre la capacidad de las espiroquetas de sífilis para penetrar la membrana mucosa intacta del sistema gastrointestinal a fin de aclarar “el problema del contagio oral a través de besos y contactos sexuales orogenitales”.⁵²¹ Para poner a prueba esta pregunta: “[s]e combinó una mezcla de tejido testicular y líquido sobrenadante. Se colocó un 1 cc de esta mezcla en un pequeño vaso de precipitados, al cual se le añadieron 20 cc de agua destilada. Se le pidió al paciente que trague el preparado...”.⁵²²

Los investigadores también intentaron determinar la efectividad de la “barrera sangre-líquido cefalorraquídeo” en la prevención del *Treponema pallidum* “entre los sistemas”⁵²³ y “directamente en el sistema nervioso central”,⁵²⁴ y para hacer esto, sometieron a los pacientes a “cientos” de punciones cisternales para realizar diagnósticos y a varias para exponerlos de manera intencional.⁵²⁵ Según el Dr. Cutler en 1955, a “los pacientes epilépticos con deterioro y debilidad” se los inoculaba de manera intracisternal porque:

“se esperaba que, debido al choque de la inoculación, fuera posible afectar de manera favorable su epilepsia. Este experimento se emprendió debido al deseo del director clínico [Carlos Salvado] con la esperanza de que pudiera ser capaz de hacer algo por estas mujeres que habían sido totalmente resistentes a todos los tipos de tratamientos anticonvulsivos. Todas estas mujeres eran tan incontrolables que se produjeron graves lesiones a sí mismas, como quemaduras que ocasionaban contracturas, ceguera, heridas, etc., como consecuencia de la pérdida de conciencia y actividad motriz debido a los ataques de epilepsia”.⁵²⁶

PUNCIÓN CISTERNAL

Siete mujeres del hospital psiquiátrico fueron expuestas a la sífilis a través de la punción cisternal, es decir, una inyección de sífilis aplicada en el líquido cefalorraquídeo de la parte trasera del cráneo.

El Dr. Cutler escribió, en su Informe final sobre sífilis, que la razón por la cual inocularon a las mujeres de esta manera era para determinar la efectividad de la barrera “sangre-líquido cefalorraquídeo”, así como también para intentar “sacar” a las mujeres de su estado epiléptico.

Dos de las mujeres sometidas a la punción cisternal manifestaron dolores de cabeza y una perdió la movilidad de las piernas durante un tiempo. Cinco de las siete mujeres fueron tratadas finalmente, una recibió penicilina únicamente como profilaxis, y otra nunca recibió penicilina. Una de las mujeres tratadas con penicilina murió más tarde.

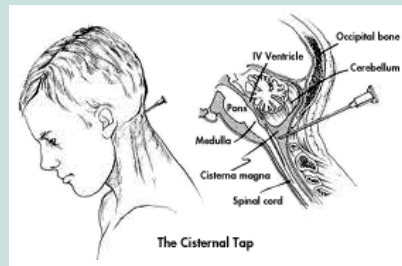


Diagrama de una punción cisternal.
De Alexander G. Reeves, M.D. y Rand S. Swenson, M.D.,
Ph.D., “Disorders of the Nervous System”

Para lograr el experimento de exposición intencional:

“Se llevó a cabo una punción cisternal y se extrajeron alrededor de 10 cc de líquido cefalorraquídeo. Se extrajo la jeringa de la aguja espinal y se la introdujo nuevamente con 0,1 cc de emulsión. Se usó algo de líquido de los pacientes (aproximadamente, 5 cc) para lavar la aguja espinal y garantizar una dosis completa de espiroquetas”.⁵²⁷

La punción cisternal, que implica la extracción de líquido cefalorraquídeo de la parte posterior del cráneo, es particularmente peligrosa debido a la proximidad con el tronco cerebral.⁵²⁸ Hubiera sido confuso en el momento saber qué tipo de reacciones ocurrirían a partir de la inyección de un material extraño, más aún material infeccioso, en el líquido cefalorraquídeo. El Dr. tenía conocimiento de, al menos, algunos riesgos. En su informe de 1955, mencionó, específicamente, que incluso con todas las punciones que él realizó, “ninguna ocasionó una muerte...”.⁵²⁹ Además, Dr. Cutler admitió que algunos sujetos experimentaron “una meningitis bacteriana simple” que se manifestó con dolores de cabeza y rigidez en el cuello.⁵³⁰ El inóculo realizado a partir de lesiones de otros sujetos sífilíticos “seguramente contenía invasores bacterianos secundarios...”, comentó.⁵³¹ El Dr. Cutler informó que los síntomas se atenúan al cabo de unos días.⁵³² Numerosos sujetos sometidos a la punción cisternal desarrollaron sífilis y neurosífilis secundarias, y un sujeto perdió la movilidad de las piernas durante dos meses.⁵³³

El investigador William Curth, cuando estaba en Guatemala en la década de 1930, consideró “imprudente” intentar cualquier tipo de punción espinal “[d]ebido a las numerosas supersticiones de los indígenas”.⁵³⁴ En 1955, Cutler informó, no obstante, que los sujetos del Hospital Psiquiátrico “le daban tan poca importancia al procedimiento” que “día tras día” hacían fila para realizarse la punción para recibir la recompensa de dos paquetes de cigarrillos.⁵³⁵ No existen evidencias contemporáneas que respalden esta afirmación.

En febrero de 1948, el cirujano general Thomas Parran, quien respaldaba el trabajo en Guatemala, fue reemplazado por el Dr. Leonard Scheele. El Dr. Mahoney le dijo a Cutler que habían “perdido a un muy buen amigo y que sería aconsejable tener todo organizado”.⁵³⁶ Debido a ello, el Dr. Mahoney dijo:

“sentimos que, en el proyecto de Guatemala, debemos avanzar a la etapa inocua lo antes posible”.⁵³⁷

Los investigadores, sin embargo, continuaron los experimentos con sífilis en el Hospital Psiquiátrico hasta octubre de 1948. Se apartaron de sus cuestionamientos iniciales y comenzaron a poner a prueba asuntos, como la validez de los procedimientos de pinchazos accidentales con agujas expuestas a la sífilis en clínicas de los Estados Unidos.⁵³⁸ Un sujeto fue sometido a la escarificación después de la aplicación de una inyección en el dorso del pene con la esperanza de producir un chancro representativo específicamente con el propósito de tomarle fotografías.⁵³⁹ En julio, los investigadores realizaron uno de los últimos experimentos de exposición intencional en el Hospital Psiquiátrico, que implicó la inoculación, a través de “una serie de técnicas diferentes”, de todos los sujetos que habían sido protegidos por medio de la profilaxis o que simplemente no se habían infectado en experimentos previos.⁵⁴⁰

Experimentos con chancroide

Descripción general

En octubre de 1948, los investigadores realizaron experimentos con chancroide (la STD causada por la bacteria *Haemophilus ducreyi*) en 133 sujetos del Hospital Psiquiátrico y el Ejército. Estos experimentos se desarrollaron varios meses después de que el Dr. Mahoney le informara al Dr. Cutler que no renovarían el subsidio de Guatemala.⁵⁴¹ El método de exposición que se utilizó fue la inoculación en los brazos y la espalda.⁵⁴² El objetivo principal de los experimentos con chancroide fue poner a prueba la profilaxis con la solución orvus-mapharsen, ya que el Dr. Cutler consideró que había sido satisfactoria contra las sífilis y la gonorrea.⁵⁴³ Los investigadores trataron a los soldados que inyectaron (131) con sulfatiazol (un gramo por día durante cinco días). De los 133 sujetos expuestos al chancroide, 131 recibieron alguna forma de tratamiento.⁵⁴⁴

El chancroide es una enfermedad bacteriana ocasionada por *Haemophilus ducreyi*. Se propaga a través del contacto sexual. Los signos de infección comienzan con el desarrollo de un pequeño bulto que se transforma en úlcera. Se diagnostica al examinar las úlceras y controlar los ganglios linfáticos para detectar hinchazón. No existe un análisis de sangre disponible para verificar la infección. El chancroide se trata con antibióticos y los ganglios linfáticos grandes se pueden drenar con una aguja o por medio de cirugía local.



Lugar de la inyección de una paciente psiquiátrica que fue expuesta a la sífilis tres veces y recibió parte del tratamiento. De los Archivos Nacionales y Administración de Documentos

Hospital psiquiátrico

Los investigadores llevaron a cabo tres experimentos con chancroide en el Hospital Psiquiátrico desde el 10 hasta el 12 de octubre de 1948.⁵⁴⁵ Usaron 41 sujetos en total y trataron a 39.⁵⁴⁶ Probaron la profilaxis con la solución orvus-mapharsen en comparación con el kit profiláctico del Ejército de los Estados Unidos.⁵⁴⁷

Los métodos de inoculación se probaron, principalmente, en los antebrazos y hombros de las mujeres mediante escarificación con una aguja. Cabe destacar que un grupo de tres mujeres debió ser inoculado tres veces en los brazos hasta que se produjo la infección.⁵⁴⁸ Cutler notó que dos de las mujeres inoculadas con chancroide en este experimento murieron más tarde, solo 13 días después de la inoculación.⁵⁴⁹

Ejército de Guatemala

En octubre de 1948, los investigadores comenzaron a probar la profilaxis con la solución orvus-mapharsen para prevenir la infección con chancroide en el Ejército de Guatemala.⁵⁵⁰ En agosto, el Dr. Cutler había analizado este trabajo con el Dr. Tejeda y recibió la aprobación para iniciar el trabajo con chancroide en cuanto estuviese disponible el material cultivado. En el resto de los soldados, los investigadores compararon la profilaxis con la solución orvus-mapharsen con el kit profiláctico estándar del Ejército de los Estados Unidos de 81 soldados, quienes en su totalidad recibieron tratamiento en

PERFIL DE PACIENTE: MARIO

Mario era soldado de la Guardia de Honor del Ejército de Guatemala. No se registró su edad.

En marzo de 1947, Mario fue uno de los soldados que tuvo contacto sexual con trabajadoras sexuales que habían sido inoculadas con gonorrea; él recibió un tratamiento con placebo de 0,1 cc de agua destilada estéril.

El 23 de octubre de 1948, los investigadores aplicaron material cultivado de chancroide a los rasguños en los brazos y en un hombro de Mario. Luego, se lavó el brazo de Mario con la solución orvus-mapharsen durante 30 segundos; el brazo izquierdo se lavó con el kit profiláctico estándar del Ejército de los Estados Unidos. Al día siguiente, las tres zonas estaban hinchadas y endurecidas. Mario recibió un tratamiento de cinco días con unguento de sulfatiazol.

ese momento.⁵⁵¹ Inocularon a cada soldado en tres lugares simultáneamente: en dos lugares probaron un tipo de profilaxis y en el otro lugar no aplicaron ningún tipo de profilaxis para que el sujeto pudiera servir como propio control.⁵⁵² Para infectar a los hombres, se les realizaron rasguños de 1,27 cm con una aguja hipodérmica, lo suficientemente profundos como para extraer sangre.⁵⁵³ El Dr. Tejeda realizó los rasguños en el brazo derecho, Dr. Levitan hizo los rasguños en el brazo izquierdo y Maza rasguñó el hombro⁵⁵⁴ (consultar el Apéndice II). Una vez realizados los rasguños, se colocó 0,01 cc de inóculo con chancroide “sobre el área excoriada y se frotó con la superficie plana de otra aguja”.⁵⁵⁵ Después de una, dos o cuatro horas, se aplicaron distintos tipos de profilaxis. Dr. Cutler registró, en su informe del experimento con chancroide, que los investigadores tomaron, además, “fotografías en movimiento de los pacientes inoculados con chancroide”.⁵⁵⁶

Finalización paulatina de los experimentos en Guatemala

Extensión del subsidio

A medida que se acercaba la fecha de vencimiento del subsidio de Guatemala, el Dr. Cutler se comenzó a preocupar por lo que podría ocurrirles al trabajo y a las instalaciones luego de su partida. Se centró en garantizar que hubiese suficiente tiempo y dinero para completar la investigación en curso y el seguimiento. Las cartas del Dr. Mahoney, por otra parte, se centraron en una finalización paulatina y ordenada de las “fases terminales del estudio de Guatemala”.⁵⁵⁷

Los fondos para respaldar la investigación en Guatemala se agotaron en junio de 1948, pero la Oficina de Subsidios para la Investigación de los NIH, a pedido de la PASB, autorizó la continuación del trabajo en Guatemala hasta fines de diciembre, sin financiación adicional.⁵⁵⁸ Cutler instó a Mahoney para buscar respaldo financiero adicional para el trabajo, argumentando que “debido a la importancia del estudio y a nuestra responsabilidad para con los pacientes, debería ser posible justificar un pequeño subsidio para el segundo año a fin de evitar posibles repercusiones en caso de que se agote por completo el subsidio actual”.⁵⁵⁹ El Dr. Mahoney ignoró esa sugerencia, ya que “un subsidio nuevo tiene desventajas, ya que exigirá un informe de progreso que abarque el trabajo que se ha logrado. Por el momento, no debemos ocuparnos de hacer esto”.⁵⁶⁰ Como alternativa, el Dr. Mahoney sugirió que Cutler volviera a distribuir los fondos para llevar a cabo los servicios de seguimiento esenciales durante dos años.⁵⁶¹

Disposición del laboratorio

Cutler también estaba preocupado por el destino que tendrían las instalaciones del laboratorio. En junio de 1948, le escribió a Mahoney para sugerirle que debían dejar el laboratorio intacto de modo que el Ministerio de Salud Pública pudiera continuar utilizando las instalaciones: “[e]n vista de la cooperación incondicional que hemos recibido oficialmente y extraoficialmente de los profesionales médicos de Guatemala y los organismos gubernamentales, y en vista del hecho que podríamos regresar más adelante a realizar otro trabajo y queremos continuar disfrutando de la misma relación de cooperación, siento que sería un error no dejar el laboratorio totalmente equipado y en funcionamiento tras nuestra partida”.⁵⁶² Cutler también solicitó que el Dr. Abel Paredes Luna, médico guatemalteco del Servicio de Salud Pública que trabajaba para la PASB, recibiera una beca de investigación en Staten Island y tuviera la oportunidad de estudiar con el Dr. Mahoney.⁵⁶³

El Ministerio de Salud Pública también se mostraba entusiasmado por continuar la relación. Este expresó un gran interés por administrar las instalaciones en caso de que la PASB no quisiera continuar ocupándola, y el Dr. Luis Galich, que era el jefe del Ministerio de Salud Pública, en numerosas ocasiones, analizó el asunto con el personal de la PASB, incluso durante un viaje a Washington en junio de 1948.⁵⁶⁴ Por su parte, John Murdock, director asistente de la PASB, acordó que siempre contempló un respaldo a largo plazo para las actividades de salud pública en Guatemala. “Desde el mismísimo inicio del proyecto,” Murdock le escribió al Dr. Cutler en junio de 1948: “el personal de la sede [de la PASB] ha tenido la sensación de que, al completar la investigación en la que usted participa actualmente, la Oficina que coopera con las autoridades de salud de Guatemala utilizaría el laboratorio como un centro de capacitación para serólogos y técnicos, y para la normalización de otros laboratorios en Centroamérica”. El Dr. Mahoney se mostró igualmente entusiasta, argumentando que “esta culminación es la más deseada y... el laboratorio debería poder prestar un servicio útil en el futuro”.⁵⁶⁵ El Dr. Mahoney brindó asistencia en este aspecto, como se explica en mayor detalle en el siguiente informe, al identificar y facilitar el traslado de la Sra. Genevieve Stout desde el PHS hasta la PASB, a fin de administrar el laboratorio de Guatemala luego de que el Dr. Cutler partió.

Raza y secretos durante los experimentos en Guatemala

Cuestiones de raza

En su correspondencia o informes, el Dr. Cutler no trató la cuestión de la raza de sus sujetos experimentales como un asunto ético; no obstante, la raza, como se entendía en esa época, era claramente un componente importante de los experimentos en Guatemala. En ese momento, muchos médicos creían que la sífilis afectaba a las diferentes razas de manera distinta. Por ejemplo, el cirujano general Thomas Parran describió el desarrollo de la sífilis como “biológicamente diferente” en los afroamericanos, y expresó que las mujeres afroamericanas “permanec[ía]n con capacidad de infectar dos veces y media más que las mujeres blancas”.⁵⁶⁶ Además, la creencia en algunos sectores de que los afroamericanos eran promiscuos sexualmente se usó para reforzar los argumentos de que este grupo tenían más posibilidades de contraer sífilis y en contra de tratar dicha enfermedad en esa población.⁵⁶⁷ Estas convicciones tuvieron implicancias en el Estudio de la Sífilis de Tuskegee del PHS, en el que el Dr. Cutler también estuvo involucrado como investigador principal en la década de 1950.⁵⁶⁸ En Tuskegee, los médicos del PHS les dijeron a los afroamericanos sifilíticos del condado de Macon (Alabama) que recibirían atención médica gratuita por su “sangre contaminada”. Si bien los médicos controlaban el avance de la enfermedad, los médicos del PHS no proporcionaron tratamiento durante todo el experimento (1932-1972). La creencia de que la sífilis se propagaba entre los afroamericanos brindaba una justificación para que el experimento continuara mucho tiempo después de que se probara que la penicilina curaba la sífilis: “[a] medida que la enfermedad reemplazó la salud como condición normal de la raza [afroamericana], se perdió algo a causa del terror y la urgencia con los que los médicos habían definido la enfermedad”.⁵⁶⁹

Si bien el Dr. Cutler nunca analiza la promiscuidad sexual en sus informes finales, sí justifica, parcialmente, el bajo índice de transmisión de gonorrea debido a la “duración del coito” en el “grupo cultural” que participó en los experimentos del Ejército de Guatemala:

“La duración de exposición promedio de este grupo cultural ante una prostituta es muy breve, según la experiencia de los médicos militares del país, por lo que parece que el grupo experimental probablemente no experimentó un período inusualmente breve de

contacto como consecuencia de las condiciones del experimento. Con períodos más extensos de juegos sexuales previos y el acto sexual, es probable que hubiera mayor cantidad de flujo vaginal y secreciones uterinas. Teóricamente, esto podría generar mayor cantidad de organismos que entran en contacto con la uretra masculina durante un período más prolongado. En vista del hecho de que la duración del coito varía según diferentes grupos culturales y socioeconómicos, este factor podría, posiblemente, constituir uno de los determinantes variables del índice de infección”.⁵⁷⁰

En la década de 1930, los investigadores estadounidenses también especularon con que la sífilis afectaba a algunos latinoamericanos de manera diferente a los norteamericanos o europeos caucásicos, y que “las lesiones clínicas de la sífilis que se hallaron en los indígenas centroamericanos y en los mestizajes de indoeuropeos o afroindoeuropeos son diferentes de aquellas encontradas en los europeos blancos”.⁵⁷¹ Algunos médicos creían que la sífilis se había originado en Centroamérica, por lo que la población nativa tenía inmunidad a esta enfermedad.⁵⁷² Del mismo modo en que los investigadores estadounidenses vincularon los altos índices de sífilis en los afroamericanos con la promiscuidad sexual, W. Curth concluye lo siguiente en su trabajo *Sífilis en las Tierras Altas de Guatemala*:

“Las condiciones de salubridad son primitivas en estos poblados y asentamientos, y, del mismo modo, la mayoría de los ladinos e indígenas viven con una sencillez extrema. El abuso de sustancias alcohólicas es común entre los hombres de ambas razas. Se dice que la promiscuidad sexual prevalece entre los ladinos [cruzas de indios con españoles], mientras que a nosotros nos informaron, a través de una buena fuente, que los indígenas mayas conservan una destacada vida familiar pura cuando están en el hogar, pero que su vida sexual en las plantaciones tiende a ser relajada”.⁵⁷³

En su Informe final sobre sífilis, el Dr. Cutler mencionó que no tuvo acceso a información etnológica con respecto a sus sujetos, a pesar de que él creía que la ciudad de Guatemala estaba compuesta por “aproximadamente, 85 % de indígenas...”.⁵⁷⁴ Añadió que “observamos también que muchos de nuestros pacientes tenían las características clásicas y típicas de los indígenas que

indicaban que no había mestizaje [con otras razas] o que había poco”.⁵⁷⁵ Dr. Spoto, el investigador de la oncocercosis del PHS, le expresó al Dr. Cutler que no necesitaba explicarles en lo más mínimo los experimentos a los “indígenas” en la Penitenciaría, “ya que ellos solo se confunden con las explicaciones y con saber lo que está sucediendo”.⁵⁷⁶ Durante su visita a la ciudad de Guatemala y su viaje a la ciudad de Chichicastenango, Mahoney observó que no “tenía muchas expectativas con los nativos”.⁵⁷⁷

A pesar de la creencia dominante de que los efectos de la sífilis variaban entre las razas, y a pesar de las creencias subyacentes que los investigadores pueden haber albergado sobre la población indígena, el Dr. Cutler, en su Informe final sobre sífilis, concluyó que los investigadores no hallaron evidencia de “‘inmunidad racial’ en los indígenas de Centroamérica”.⁵⁷⁸ Especuló con que los autores de artículos anteriores que afirmaban que existía dicha inmunidad tuvieron, por el contrario, los mismos problemas de pruebas de serología que los investigadores experimentaron, y estaban interpretando incorrectamente sus falsos positivos de diagnóstico.⁵⁷⁹

Inquietudes sobre el secretismo

Los Documentos de Cutler dilucidaban específicamente los esfuerzos contemporáneos para limitar el conocimiento sobre los experimentos. “[C]omo resultado de la experiencia en otras partes,” según escribió Cutler en 1955, “se consideró aconsejable, desde el punto de vista de las relaciones públicas y personales, trabajar de manera que la menor cantidad posible de gente conociera el procedimiento experimental”.⁵⁸⁰ En febrero de 1947, el mismo mes en que los investigadores comenzaron los experimentos con contacto sexual en el Ejército de Guatemala, G. Robert Coatney, un malariólogo del PHS, le escribió al Dr. Cutler sobre el interés que el cirujano general Parran tenía en su trabajo.

“Vi al doctor Parran el viernes [14 de febrero] y quiso saber si yo había tenido la oportunidad de visitar su proyecto. Como la respuesta fue afirmativa, me pidió que le contara sobre el proyecto y lo hice de la mejor manera que pude. Él conocía los arreglos y quería obtener información actualizada sobre el progreso realizado hasta la fecha. Como usted bien lo sabe, él está muy interesado en el proyecto y una chispa de alegría se le vio en los ojos cuando dijo: ‘Ya sabe, no podíamos realizar un experimento así en este país’”.⁵⁸¹

En mayo de 1947, el Dr. Cutler le comentó al Dr. Mahoney sobre una “Nota de ciencia” que apareció en el *New York Times* del 27 de abril sobre un nuevo avance científico realizado por el sifilógrafo, Dr. Harry Eagle (miembro de la Sección de Estudio de la Sífilis que aprobó el proyecto en Guatemala), entre otros.⁵⁸² La nota del *New York Times* decía lo siguiente:

“Los doctores “Harry Eagle, Harold J. Magnuson y Ralph Fleischman del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, la Facultad de Higiene de la Universidad Johns Hopkins y la Universidad de Carolina del Norte han descubierto que pequeñas dosis de penicilina inyectadas al cabo de unos días después de la exposición previenen el desarrollo de la sífilis. Este caso funciona en los conejos, pero no se han realizado aún pruebas en los seres humanos. Para resolver rápidamente el asunto con los seres humanos, sería necesario vacunar a las personas con gérmenes vivos de la sífilis, del mismo modo en que el Dr. Eagle vacunó a los conejos. Debido a que esto es éticamente imposible, pueden pasar años antes de reunir la información necesaria” (énfasis añadido).⁵⁸³

Waldemar Kaempffert, el editor de ciencias del *New York Times* redactó la nota.⁵⁸⁴ Entre el momento en que se publicó la nota y el momento en que el Dr. Cutler llamó la atención de Mahoney hacia ella, los investigadores en Guatemala habían comenzado a inyectar “gérmenes vivos de la sífilis en cuerpos humanos”⁵⁸⁵—exactamente lo que Kaempffert había aseverado que era “éticamente imposible”.

Ocho días después de la publicación de la nota en el *New York Times*, Mahoney le escribió al Dr. Cutler para comentarle que Van Slyke había realizado un viaje “apresurado desde Washington” para decirle al Dr. Mahoney que el mismo médico analizado en la nota, el Dr. Eagle, estaba, a pesar de la conclusión en el *New York Times*:

“...a punto de quejarse al cirujano general [Parran] porque yo no había estado lo suficientemente interesado en permitirle participar en el estudio de Guatemala. Como puede saber, él ha realizado un trabajo considerable en animales respecto de la profilaxis de sífilis mediante el uso de la penicilina y solo puede probar su tesis con un experimento en seres humanos”.⁵⁸⁶

El Dr. Mahoney se opuso a permitirle al Dr. Eagle unirse a Cutler en Guatemala porque él “no podía ver en qué lugar un estudio de esa clase tendría otro valor que no fuera académico si se empleara una técnica de inyección...”⁵⁸⁷ Además, el Dr. Mahoney “pensó que tendría aún menos importancia si se estudiara una preparación oral de penicilina como agente profiláctico”.⁵⁸⁸

Cuando Cutler le comentó a Mahoney sobre el informe del *New York Times* sobre el trabajo del Dr. Eagle, él notó que “la nota prosiguió con la especulación sobre el método para probar su hipótesis en seres humanos y dijo ‘que un trabajo como ese no podría llevarse a cabo de manera ética’ (tal como recuerdo la cita). Luego, en el Boletín de la Asociación Médica Estadounidense, apareció un artículo sobre el subsidio de la Oficina Sanitaria Panamericana para el estudio de la sífilis”.⁵⁸⁹ Teniendo en cuenta que Kaempffert había escrito que el protocolo de Guatemala era “éticamente imposible”, el Dr. Cutler le confió lo siguiente a Mahoney:

“Se está tornando tan claro para nosotros como parece ser para usted, que no sería aconsejable tener a demasiadas personas involucradas en este trabajo a fin de mantener calmas las habladurías y los escritos anticipados. Deseo que fuera posible mantener el trabajo estrictamente en sus manos sin la necesidad de asesores ni trabajadores externos en lugar de aquellos que se adaptan a su programa y en quienes se pueda confiar que no van a hablar. Estamos un poco preocupados por la posibilidad de que se comente algo sobre el programa que afecte de manera adversa su continuación”.⁵⁹⁰

Además, en mayo de 1947, el Dr. Mahoney le dijo al Dr. Cutler que había “teni[do] la impresión” de que el Dr. John Heller, que se había unido a los doctores Mahoney y Van Slyke en el recorrido por el trabajo en Guatemala el mes anterior, “se sentiría considerablemente más seguro si estableciéramos un grupo asesor de figuras líderes en el mundo de la ciencia a fin de tener un respaldo para el estudio”.⁵⁹¹ El Dr. Mahoney dijo: “nunca he creído en este tipo de cosas y no creo que un comité asesor nos



John R. Heller
De la Biblioteca Nacional de Medicina

ayude demasiado”, pero admitió que ellas “posiblemente tengan que someterse a la conveniencia política”.⁵⁹² El Dr. Mahoney prosiguió diciendo que “[e]xisten varios hombres a quienes no me importaría involucrar en el trabajo” pero que había “muchas otras figuras líderes” que él creía que “serían un detrimento diferente”.⁵⁹³

El 22 de junio de 1947 (después de haber comenzado la inoculación artificial con gonorrea y sífilis en el Ejército de Guatemala, la Penitenciaría y el Hospital Psiquiátrico), el Dr. Cutler le escribió al Dr. Mahoney “de manera personal y extraoficial” con diversas preguntas. El Dr. Cutler enfatizó primero al Dr. Mahoney el deseo del personal de llevar a cabo el trabajo de profilaxis y la creencia de que el trabajo de tratamiento emprendido en la Penitenciaría había proporcionado el trabajo preliminar necesario para garantizar “voluntarios”:

“Cuando el programa se estableció originalmente, el plan era conseguir los voluntarios en la prisión y pagarles. Usted bien sabe las razones por las cuales no se llevó a cabo. Los doctores Funes, Harlow y yo hemos considerado el asunto cuidadosamente y sentimos que, sobre la base de nuestra experiencia hasta la fecha y [de] nuestro trabajo en la penitenciaría que ha generado, sentimos, confianza en nosotros, que deberíamos acceder al coro[nel] [Tejeda] y luego a los prisioneros para garantizar primero los voluntarios a fin de realizar un trabajo sobre la gonorrea más [con] trolado y luego sobre la sífilis. Siento que puedo acer[ilegible] al coronel y a los prisioneros ahora de manera más o menos personal con el [an]álisis de nuestra experiencia con el ejército y decir que aún tenemos [preguntas] [irre]sultas que podrían contestarse allí. Hacer esto de manera abierta en lugar de [ilegible] como habíamos considerado que lo haríamos, creemos, nos da mucho más tiempo [ilegible] para aprovechar. . . . Es lamentable que tengamos que trabajar de esa manera tan resguardada, subterránea, pero parece ser muy necesario”.⁵⁹⁴

En su respuesta, el Dr. Mahoney respaldó la propuesta y dijo que el uso de voluntarios diferentes al tipo de voluntarios empleado hasta ese momento sería “más que satisfactorio”, ya que “nuestro presupuesto cubriría casi todos los gastos para voluntarios que usted considere aconsejable”.⁵⁹⁵

La segunda inquietud que el Dr. Cutler destacó al Dr. Mahoney en una carta del 22 de junio se relacionaba con el reemplazo del Dr. Hugh Cumming por el Dr. Fred Soper como director de la PASB. El Dr. Cutler le preguntó al Dr. Mahoney sobre el “grado de conocimiento que el Dr. Soper tiene de nuestro proyecto”⁵⁹⁶ y le dijo al Dr. Mahoney que cuando Soper llegara el 7 de julio, aparentemente de visita en Guatemala, Cutler le informaría “lo menos posible”.⁵⁹⁷ En respuesta al Dr. Cutler, Mahoney dijo que nunca había conocido al Dr. Soper y le dijo a Cutler: “[u]sted debe guiarse por sus propias impresiones en cuanto a la libertad de analizar el trabajo”. Sin embargo, el Dr. Mahoney señaló que Soper era el responsable oficial del estudio y como tal “tenía derecho a una total confianza”.⁵⁹⁸

En la misma carta, Cutler también advirtió que, como sabía el Dr. Mahoney, “es imperativo que se conozca y se diga lo menos posible sobre este proyecto, porque unas pocas palabras a la persona incorrecta aquí, o incluso en Estados Unidos, pueden echarlo por tierra total o parcialmente”.⁵⁹⁹ Cutler le dijo a Mahoney que su personal había descubierto que “aquí se había hablado más de lo que quisiéramos” y que el conocimiento del trabajo se había revelado en “lugares extraños”.⁶⁰⁰ Cutler dijo que creía que todo el personal había notado la naturaleza confidencial del proyecto pero que los maridos y las esposas también sabían del proyecto y que con los “frecuentes eventos sociales en los cuales se podían analizar temas interesantes” era “una gran tentación hablar más de lo debido”.⁶⁰¹

Cutler le dijo al Dr. Mahoney que “nosotros cuatro en nuestro proyecto”⁶⁰² habíamos analizado el asunto y sentimos que “debemos hacer todo lo posible para evitar que se conozca nuestro proyecto”.⁶⁰³ Con ese fin, el Dr. Cutler solicitó permiso del Dr. Mahoney para enviar los “informes y análisis detallados de nuestro trabajo directamente a usted y no, a través de alguna persona de aquí”.⁶⁰⁴ Si bien la División de Subsidios para la Investigación de los NIH bajo la dirección del Dr. Van Slyke no exigía más que los informes anuales de sus investigadores,⁶⁰⁵ la PASB exigía informes mensuales de progreso al personal en Guatemala.⁶⁰⁶ A fin de cumplir este requisito, el Dr. Cutler sugirió que podrían enviar a la PASB “los informes más básicos de nuestro progreso”.⁶⁰⁷ Dr. Cutler también había enviado informes mensuales de progreso al VDRL de Staten Island,⁶⁰⁸ pero, en junio, solicitó poder enviar estos informes mensuales directamente al Dr. Mahoney y no, a través de otra persona de Guatemala. Cutler también le dijo a Mahoney que le podría enviar

“todas las cartas relacionadas directamente con nuestro trabajo” a través del “APO [Correo del Ejército/Fuerza aérea] si no es de carácter urgente” o al Ministerio de Salud Pública.⁶⁰⁹

“Con respecto a las habladurías que ha generado el trabajo en Guatemala”, el Dr. Mahoney le aseguró más tarde al Dr. Cutler: “estamos haciendo todo lo posible aquí para restringir nuestras propias conversaciones y las de otros que tengan que ver con el asunto”.⁶¹⁰ Mahoney “se enteró de conversaciones y discusiones considerables” que se “llevaban a cabo en esferas relativamente altas, muchas de las cuales no habían ayudado demasiado con el trabajo”.⁶¹¹ El Dr. Mahoney le avisó al Dr. Cutler que estaban enviando todos los informes de Cutler al Dr. Heller “de manera que esperamos que personas no autorizadas no puedan leerlos”.⁶¹² No obstante, el Dr. Mahoney añadió que esperaba que Cutler “no dudara en suspender el trabajo experimental en caso de que existiese un excesivo interés en esa fase del estudio”. El Dr. Mahoney sintió que “[s]ería preferible demorar el trabajo antes que arriesgar el desarrollo de una atmósfera antagonista”.⁶¹³ Los experimentos de exposición intencional continuaron durante 16 meses más.

LA CONTINUACIÓN DESPUÉS DE
CUTLER DE LOS ESTUDIOS EN
GUATEMALA: 1948-1953

Luego de que el Dr. Cutler abandonó Guatemala en diciembre de 1948, varios investigadores continuaron con aspectos discretos del trabajo que él había iniciado. Genevieve Stout realizó una serie de experimentos de serología que, si bien eran similares al trabajo en serología del Dr. Cutler, funcionaban como experimentos independientes que ella (y otros) publicaron de manera autónoma.⁶¹⁴ El Dr. Juan Funes, jefe de la Sección de Enfermedades Venéreas del Departamento Nacional de Salud de Guatemala, junto con el Dr. Carlos Salvado, director del Hospital Psiquiátrico, llevaron a cabo un seguimiento de los subconjuntos de sujetos que participaban en los experimentos de serología y exposición intencional. A pesar del tiempo transcurrido en Guatemala y de la constante observación de sujetos que fueron financiados, nunca se publicaron los datos de la exposición intencional en Guatemala directamente por parte de los investigadores.

Experimentos de serología

La PASB contrató a Genevieve Stout (de licencia en el PHS) en 1948 “para continuar con el uso del laboratorio como centro de capacitación para serólogos y técnicos” y para “promover la normalización de técnicas serológicas de otros laboratorios en Centroamérica y Panamá”.⁶¹⁵ La PASB y el Ministerio de Salud Pública acordaron hacer del nuevo proyecto un esfuerzo conjunto y planificaron celebrar un contrato de dos años para establecer un laboratorio nuevo.⁶¹⁶ “El Dr. Galich...acordó designar el personal entero del presente laboratorio serológico de Sanidad Pública a este laboratorio y pagar sus salarios” y la PASB también acordó proveer los fondos para una cierta cantidad de empleados.⁶¹⁷ Stout resultó ser esencial en el establecimiento del nuevo emprendimiento; llegó en agosto de 1948 para “activar el Laboratorio de Enfermedades Venéreas y Centro de Capacitación para Centroamérica” y permaneció en Guatemala hasta agosto de 1951.⁶¹⁸



Genevieve Stout en un congreso de la Sociedad de Tecnólogos Médicos de Montana, 1953 *De Leo Carper*

Stout y su personal realizaron una cierta cantidad de experimentos serológicos.⁶¹⁹ Trabajaron principalmente en seis laboratorios recientemente establecidos en toda Centroamérica y en, al menos, un experimento trabajaron con un total de

once laboratorios diferentes.⁶²⁰ Muchos de los experimentos dirigidos por Stout pretendían normalizar la Norma de Kahn y la prueba de VDRL en portaobjetos que se usaban en estos laboratorios.⁶²¹

Continuación de las observaciones

El PHS contrató a dos médicos guatemaltecos, Funes y Salvado, a fin de continuar “la observación de ciertos grupos de pacientes” después de que el Dr. Cutler se fuera de Guatemala en 1948.⁶²² Estos nombramientos les ofrecieron la oportunidad de desarrollar sus carreras de científicos. Así lo observó el Dr. Mahoney: “[s]iempre sentimos que sería conveniente hacer todo lo posible para alentar a Funes para que sea el sifilógrafo líder de Centroamérica. Estoy seguro de que esto valdrá la pena en caso de que se desarrolle, en Centroamérica, un programa general de control de enfermedades venéreas”.⁶²³ En la misma época, el Dr. Salvado también recibió una beca de investigación en los Estados Unidos.⁶²⁴

El personal del Dr. Funes continuó recolectando datos de los residentes del orfanato, los reclusos de la Penitenciaría y los pacientes del Hospital Psiquiátrico, los escolares y los miembros de “numerosas tribus indígenas de las cercanías de Guatemala” que habían participado en los experimentos.⁶²⁵ Los archivos de personal estadounidense del Dr. Funes indican que él estaba contratado para “brindar asesoramiento en cuanto a los exámenes clínicos de los pacientes tratados, a su tratamiento nuevo según se exigía, la recolección de muestras de sangre para los exámenes serológicos en intervalos periódicos, la preparación y el envío de todas las muestras de sangre recolectadas para el examen serológico” a los Estados Unidos y “la presentación de dichos informes, según era necesario, para la finalización del estudio en este grupo de pacientes”.⁶²⁶

El personal del Dr. Funes recolectó muestras de sujetos y, tal como se había acordado, las envió a los Estados Unidos para que fueran analizadas.⁶²⁷ En función de un informe disponible en los Documentos de Cutler, se realizó el seguimiento de, aproximadamente, 248 personas de la institución mental, quienes fueron sometidas a 243 extracciones de sangre y 170 punciones lumbares.⁶²⁸ Varios de estos sujetos arrojaron un resultado positivo en las pruebas de sífilis durante los experimentos de seguimiento.⁶²⁹ A los sujetos del Hospital Psiquiátrico se les realizó un seguimiento hasta, al menos, 1953.⁶³⁰ El trabajo publicado que se obtuvo de los experimentos en Guatemala también indica que el Dr. Funes continuó realizando pruebas serológicas en los niños del orfanato hasta, al menos, 1949.⁶³¹

PUBLICACIÓN DE LOS DATOS
DE GUATEMALA

Luego de abandonar Guatemala, el Dr. Cutler se unió a un Equipo de Demostración de Enfermedades de la WHO (Organización Mundial de la Salud) y se trasladó a la India. Desde abril de 1949 hasta julio de 1950, el equipo trabajó para establecer una “demostración del control de las enfermedades venéreas” en diferentes regiones del país y enseñar métodos avanzados para el control de las STD.⁶³² En el transcurso de los siguientes años, mientras continuaba su desempeño como funcionario del PHS y obtuvo, al mismo tiempo, su título de máster en Salud Pública en la Universidad Johns Hopkins, el Dr. Cutler preparó sus informes finales sobre el estudio de las STD en Guatemala.⁶³³ El experimento con chancroide no tiene fecha, pero el Dr. Cutler envió este documento al director del VDRL en Chamblee (Georgia) en septiembre de 1952. Cutler le solicitó al director que mantenga la confidencialidad del informe.⁶³⁴ El informe de Cutler, Estudios Experimentales con Gonorrea, data de octubre de 1952. Lo marcó como “SECRETO CONFIDENCIAL” y eliminó la información identificativa.⁶³⁵ El Informe final sobre sífilis data de noviembre de 1955. No existe evidencia que demuestre que los informes de sífilis o gonorrea se hayan entregado a una persona.⁶³⁶

Si bien los resultados de los experimentos serológicos se publicaron en varios artículos diferentes⁶³⁷ y se hizo referencia indirecta a los experimentos de exposición intencional en publicaciones posteriores,⁶³⁸ la Comisión no halló evidencia de que los informes finales del Dr. Cutler o los resultados de los experimentos de exposición y profilaxis se hubieran entregado para ser revisados por expertos o para publicarlos. Existen varios ejemplos publicados en los que el Dr. Cutler analiza la información de estos experimentos pero cita, engañosamente, otro estudio publicado. En estos casos, el estudio publicado que se citó no respalda realmente la información presentada.⁶³⁹ Además, los experimentos en Guatemala están notablemente ausentes de las revisiones históricas de la investigación de STD realizada por los investigadores.⁶⁴⁰

Se destinó una gran cantidad de dinero, tiempo y esfuerzo a los experimentos en Guatemala y no se conocen claramente las motivaciones exactas para ocultar los resultados, particularmente porque los investigadores del VDRL hicieron publicaciones extensas de sus actividades de investigación, incluso de experimentos de inoculación intencional de otras STD durante la época y los resultados de serología de Guatemala.⁶⁴¹

EPÍLOGO

Muchos de los investigadores clave involucrados en este caso continuaron trabajando en el ámbito de la investigación médica y la atención clínica una vez que finalizaron los experimentos. El Dr. Cutler continuó su carrera en el PHS hasta la década de 1950 y gran parte de la década de 1960, durante las cuales desempeñó diversos cargos de renombre. Mientras trabajó en la División de Enfermedades Venéreas del PHS, desde 1951 hasta 1954, el Dr. Cutler, junto con el Dr. Sidney Olansky, se convirtieron en investigadores líderes del estudio en curso sobre sífilis del PHS realizado en afroamericanos de Tuskegee (Alabama).⁶⁴² En 1955, como jefe interino de la División de Enfermedades Venéreas del PHS, Cutler supervisó un estudio de sífilis que utilizaba prisioneros de la prisión estatal Sing Sing State Prison de Nueva York.⁶⁴³ En 1961, Cutler se desempeñó como director asistente y, luego, como subdirector de la PASB.⁶⁴⁴

En 1967, se retiró del PHS y se unió al cuerpo docente de la Universidad de Pittsburgh, donde en 1968 y 1969, se desempeñó como decano interino de la Facultad de Graduados de Salud Pública.⁶⁴⁵ Mientras estaba en Pittsburgh, participó en investigaciones relacionadas con la profilaxis de las STD. En 1970, recibió un contrato de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional para estudiar el uso de un anticonceptivo vaginal, Conceptrol, como profilaxis contra la gonorrea.⁶⁴⁶ A pesar de que las primeras versiones de la propuesta solicitaban estudios clínicos fuera de los Estados Unidos en países, como Jamaica, Taiwán y Guatemala, solo se adjudicó un ensayo local de campo en el condado de Allegheny (Pensilvania).⁶⁴⁷ El Dr. Cutler falleció el 8 de febrero de 2003.⁶⁴⁸

El Dr. Richard Arnold permaneció en el VDRL hasta 1951 y luego se desempeñó como jefe de los Servicios Técnicos del Instituto Nacional del Corazón dentro de los NIH.⁶⁴⁹ En 1959, el Dr. Arnold ascendió al cargo de cirujano general asistente de Personal y Capacitación del PHS.⁶⁵⁰ Se retiró del PHS en 1963 y se unió al Departamento de Salud Estatal de Misuri, donde más tarde pasó a ser el director médico del Servicio para Niños Discapacitados de Misuri.⁶⁵¹ El Dr. Arnold falleció el 17 de octubre de 1992.⁶⁵²

El Dr. Juan Funes siguió siendo jefe de la Sección de Enfermedades Venéreas del Departamento de Salud de Guatemala.⁶⁵³ También continuó siendo asesor

especial de la División de Enfermedades Venéreas del PHS de los Estados Unidos desde 1948 hasta 1956.⁶⁵⁴ Antes de 1950, el Dr. Funes se había convertido en el vicepresidente de la Comisión de Estudio de la Sífilis de la WHO.⁶⁵⁵ En 1954, se desempeñó como jefe de la Campaña Nacional Antivenérea de Guatemala.⁶⁵⁶

El Dr. John Mahoney continuó siendo director del VDRL hasta 1950, cuando se retiró del PHS y pasó a ser comisionado de salud de la ciudad de Nueva York. Continuó colaborando con el PHS como asesor especial no remunerado hasta su fallecimiento en febrero de 1957.⁶⁵⁷

El cirujano general Thomas Parran se retiró del PHS en 1948 y se convirtió en el primer jefe de la Facultad de Graduados de Salud Pública de la Universidad de Pittsburgh. Luego de su retiro, Parran continuó desempeñando cargos pagos y no pagos de asesoría para el gobierno estadounidense. También siguió siendo líder en los campos de la salud pública e internacional y formó parte de numerosas juntas y comisiones a nivel nacional. El Dr. Parran falleció el 16 de febrero de 1968.⁶⁵⁸

El Dr. Van Slyke abandonó la División de Subsidios para la Investigación en agosto de 1948 para convertirse en director del recientemente establecido Instituto Nacional del Corazón. Permaneció allí hasta diciembre de 1952, cuando fue nombrado director adjunto (para programas externos) de los Institutos Nacionales de la Salud. Se retiró del PHS en 1959. Continuó participando en el PHS como asesor remunerado hasta 1963. En 1957, recibió el galardón Albert Lasker de la Asociación Estadounidense de Salud Pública “por sus destacados aportes a la salud de la nación para el avance de los cimientos del progreso de la salud pública: la investigación médica y la capacitación del personal”.⁶⁵⁹

REVISIÓN DE LAS NORMAS ÉTICAS
EN CONTEXTO

Desde el punto de vista de la Comisión, los experimentos en Guatemala implicaron violaciones desmesuradas de la ética, incluso considerados respecto del propio entendimiento de los investigadores de las prácticas y los requisitos de la ética médica de ese momento. Muchas de sus acciones menospreciaron principios ampliamente aceptados y vigentes en el tiempo, así como las normas de nuestra época que están expresadas en la ética y la regulación de la investigación biomédica de la actualidad. Los experimentos de Guatemala no podrían ser aprobados en virtud del sistema actual para proteger a los sujetos humanos en investigaciones respaldadas por los Estados Unidos. Casos ampliamente debatidos en la era posterior a la Segunda Guerra Mundial que tienen características similares han llevado a apreciar y articular, en gran medida, los principios morales que subyacen a la investigación médica. Ha surgido un claro consenso de que la investigación médica no debe menoscabar la prosperidad humana que intenta alcanzar en futuros pacientes. Los experimentos de Guatemala y otras violaciones problemáticas de esta norma que han salido a la luz durante los últimos 60 años constituyen una conmoción para la conciencia, precisamente debido a su contexto médico.⁶⁶⁰

Protecciones para la investigación actual en seres humanos y requisitos éticos de nuestro tiempo

Hoy en día, las normas de investigación ética en seres humanos se expresan en la bibliografía sobre ética médica y a través de regulaciones gubernamentales, y convenios y declaraciones internacionales. Todos estos documentos comparten determinados principios. El consentimiento informado, que representa los principios de autonomía y dignidad, es una piedra angular, como lo son los requisitos para la minimización de los riesgos, un equilibrio razonable entre riesgos y beneficios, una justificación médica lógica, la protección de la privacidad y la confidencialidad, y las protecciones especiales para aquellos que sean particularmente vulnerables, lo que incluye a menores, prisioneros y quienes cuya capacidad para tomar decisiones se vea afectada.⁶⁶¹ Resulta crucial la realización de una revisión independiente minuciosa y responsable antes de iniciar la investigación clínica.

Ninguno de estos requisitos se cumplió en Guatemala. Tal como lo describe la investigación de la Comisión, no existe evidencia de que se haya buscado u obtenido el consentimiento de los sujetos particulares que fueron sometidos a la investigación.⁶⁶² Por el contrario, se conocieron ejemplos de engaños

flagrantes.⁶⁶³ Los experimentos individuales parecieron haberse diseñado e iniciado caprichosamente con ínfima noción aparente de los riesgos y beneficios relativos para con los sujetos de la investigación o de la articulación de una justificación científica lógica para los diseños particulares de la investigación.⁶⁶⁴ Muchos de los experimentos, particularmente aquellos que involucraban la exposición intencional a la sífilis, la gonorrea o el chancroide, no cumplirían los requisitos de ninguna evaluación seria de riesgos a los sujetos individuales en una investigación médica.

La investigación incluyó, específicamente, poblaciones que actualmente se reconocen como vulnerables y, por ende, merecen mayores medidas preventivas a fin de garantizar una adecuada protección a los sujetos humanos. Los reclusos de la prisión, los pacientes institucionalizados y con discapacidad mental, y los niños se encontraban entre los grupos más frecuentemente incluidos en los experimentos de Guatemala. Las regulaciones federales, los códigos internacionales y la bibliografía sobre ética de la actualidad reconocen que la investigación que involucra a estos grupos siembra cuestiones únicas que requieren una especial atención.⁶⁶⁵ Estos requisitos reconocen los desafíos de garantizar un adecuado consentimiento informado en poblaciones vulnerables así como el riesgo de que los miembros de esos grupos puedan ser incluidos injustamente, principalmente debido a las fuentes convenientes de sujetos para investigación.

Los investigadores en Guatemala y sus supervisores inmediatos en el VDRL parecen haber tenido una considerable libertad de acción en cuanto al diseño y la conducción de experimentos individuales, con poca evidencia de una revisión seria independiente para la realización de la investigación. Por el contrario, una gran cantidad de evidencia refleja los esfuerzos de los investigadores para limitar, en la mayor medida posible, el conocimiento de las actividades en Guatemala a colegas predispuestos a respaldarla.⁶⁶⁶ Los investigadores en Guatemala, tanto los de Estados Unidos como sus colegas locales, en reiteradas situaciones no actuaron según el entendimiento actual de los derechos humanos y la moralidad en el contexto de la investigación.

Principios éticos perennes

Desde el punto de vista de la Comisión, los experimentos en Guatemala incluyeron violaciones ultrajantes de la ética, según no solo la ética moderna

para la investigación humana, sino también contra el propio entendimiento de los investigadores respecto de las prácticas y los requisitos éticos del momento. La Comisión cree no solo que en Guatemala se cometieron errores morales, sino que algunos de los participantes fueron moralmente culpables y dignos de condena por estos errores. Se debe admitir que realizar juicios morales sobre acciones y agentes pasados no constituye un proceso simple y conlleva ciertos riesgos. En este caso, no obstante, los desafíos usuales que se relacionan con la emisión de juicios morales sobre el pasado no son obstáculos importantes para que la Comisión saque sus conclusiones, ya que muchas de las acciones emprendidas en Guatemala fueron agravios morales especialmente atroces y ya que muchos de los individuos involucrados desempeñaban cargos de responsabilidad institucional pública.

Una atenta consideración a las maneras en que estas acciones violaron los principios éticos honra la memoria de estas víctimas y ayuda a garantizar que la sociedad aprenda de estos delitos. Con ese fin, la Comisión apunta a un conjunto de compromisos morales fundamentales que hallan expresión en la filosofía de la moral, las tradiciones teológicas y en códigos, reglas y regulaciones sumamente específicos. Una evaluación ética de los experimentos en Guatemala no exige, rigurosamente, un conjunto exhaustivo de principios éticos, que serían más útilmente invocados para evaluar experimentos que no violen de manera tan flagrante los fundamentos ampliamente reconocidos. Al contrario, con el propósito de crear una estructura con la cual evaluar las violaciones pasadas y para ayudar a informar prácticas futuras, la Comisión explica tres principios morales perennes y ampliamente aceptados, los cuales poseen una relevancia particular en relación con los experimentos en Guatemala. Estos principios morales también se pueden adaptar para orientar el comportamiento actual, con excepciones permitidas únicamente bajo estricta justificación. Cada uno de estos tres principios es necesario, pero ninguno de estos es suficiente de manera aislada para justificar un experimento que involucre a sujetos humanos.

1) Se debe tratar a las personas con justicia y respeto.

El trato justo y respetuoso de las personas prohíbe la elección de personas más vulnerables para la realización de experimentos cuando la investigación pudiera llevarse a cabo con poblaciones menos vulnerables. Este principio requiere, además, pasos y precauciones especiales para proteger a aquellos que no pueden protegerse a sí mismos ni brindar consentimiento informado en ninguna

circunstancia. Los grupos vulnerables no deben cargar con la responsabilidad de la investigación de manera desproporcionada. La violación de este principio de respeto se convierte en un delito más serio cuando los riesgos de la investigación se imponen a poblaciones vulnerables sin su consentimiento o a aquellos que son vulnerables y también incapaces de prestar consentimiento. Según lo establece la primera oración del Código de Núremberg, “el consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial”.⁶⁶⁷

La investigación en Guatemala apuntó a algunos de los grupos más vulnerables de cualquier sociedad (prisioneros, soldados conscriptos, pacientes psiquiátricos institucionalizados y niños) y, además, fue llevada a cabo en un país subdesarrollado atestado de desigualdades sociales que exacerbaban su vulnerabilidad. A dichas poblaciones se les otorgan protecciones especiales en la sociedad moderna por capacidad limitada para proteger sus propios intereses. El requisito ético del consentimiento tiene como objetivo específico permitirles a las personas recibir un trato respetuoso y de acuerdo con su entendimiento de los intereses y, en casos más limitados, de acuerdo con el criterio de aquellos que están en una mejor posición para hablar en su defensa. En los experimentos en Guatemala, las poblaciones más vulnerables parecen haber sido elegidas específicamente por su incapacidad para protegerse o para tener a alguien que represente sus intereses. Como se explica a continuación, incluso, en esa época, existía una concepción básica del consentimiento voluntario y se entendía el grado diferencial de vulnerabilidad en diversas poblaciones. No solo no se hallaron registros de consentimiento para participar en los experimentos sino que abundan los ejemplos de engaños flagrantes por parte de los investigadores.

2) No se debe someter a las personas a daños ni exponerlas a riesgos de padecer daños, incluso con su consentimiento, a menos que el riesgo sea razonable y que pueda obtenerse un beneficio humanitario proporcional.

La investigación científica moralmente válida que involucra a sujetos humanos se basa en este principio humanitario: el grado de riesgo debe ser reducido y nunca desproporcionado respecto de la importancia humanitaria del problema que resolverá el experimento. Este principio se reconoció en el Código de Núremberg: los experimentos en sujetos humanos que involucran un riesgo de daños “deben tener el objetivo de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad, ser inaccesibles mediante otros métodos o medios de estudio y no deben ser de naturaleza aleatoria e innecesaria”.⁶⁶⁸ El diseño meticuloso y

con validez científica de una investigación es una condición *sine qua non* de la ética médica, sin la cual no resulta ético solicitarles a las personas participar en estudios como sujetos de un experimento.

Los experimentos en Guatemala no se diseñaron cuidadosamente, según la comprensión actual o contemporánea de los métodos científicos adecuados: se usaron modos de transmisión que, los supervisores advirtieron, no resistirían el escrutinio y se alteraron o eliminaron datos antes de incluirlos en los informes de resumen. Un hecho que agrava la incapacidad para garantizar una metodología válida consiste en que no todos los pacientes infectados con STD fueron tratados, lo que hacía que los riesgos fueran claramente no razonables. Por lo tanto, no solo los investigadores expusieron a los sujetos a riesgos infundados, incluso el riesgo de muerte en muchos casos, a través de este diseño científico defectuoso, una violación de la prohibición contra daños no justificados, sino que la falta de credibilidad de los datos arrojados de esta manera degrada aún más los sacrificios de los sujetos.

3) No se debe tratar a las personas como meros medios para cumplir los objetivos de otros.

No se debe tratar a los sujetos involucrados en los experimentos como meros instrumentos para alcanzar los fines de los investigadores o los supervisores.⁶⁹ De esto se deduce que los investigadores deben obtener el consentimiento informado de las personas antes de experimentar en ellos como una condición necesaria, pero no suficiente. El consentimiento informado también excluye el engaño, a menos que las personas estén informadas y acepten formar parte de una práctica que puede incluir el engaño. En ese caso, no se los trata como meros medios, ya que han sido informadas y han aceptado formar parte de una práctica que incluye el engaño posiblemente justificable. Sin esta condición, no se puede cumplir otro elemento importante del Código de Núremberg: el sujeto experimental debe ser libre de retirarse del estudio en cualquier momento.

Los individuos involucrados en los experimentos de Guatemala se utilizaron como meros instrumentos para lograr los fines de los investigadores y aquellos responsables de su cuidado de una manera que parece ignorar incluso la consideración elemental que les deberían haber otorgado como seres humanos. Ni siquiera un objetivo admirable (en este caso, el hallazgo de una prevención eficaz contra las STD) justifica el uso de las personas como meros medios

para alcanzar ese objetivo. Las expresiones complejas de la filosofía moral y los códigos gubernamentales o profesionales de ética de la investigación se basan en el reconocimiento de las violaciones de la dignidad humana; violaciones que describen muchas de las prácticas implicadas en estos experimentos. Los investigadores y los funcionarios del gobierno que participaron en estos experimentos, tanto en Estados Unidos como en Guatemala, actuaron de manera tal que violaron normas morales básicas.

Es posible que las personas con sentido moral estén en desacuerdo con la articulación específica de los elementos de una lista de principios, como por ejemplo aquellos que se describieron anteriormente y con su justificación moral fundamental. Como guías de conducta, admiten excepciones y están sujetas a la interpretación y la aplicación. No obstante, la Comisión considera que, en una escala impactante, las acciones realizadas como parte de los experimentos en Guatemala violaron de manera injustificable y, muchas veces, exagerada el sentido básico y ampliamente compartido de la dignidad humana codificado en aquellos elementos basados en principios de la vida moral.⁶⁷⁰ Aunque gran parte de la discusión que sigue a continuación se basa en un análisis histórico minucioso de las prácticas y normas de investigación formalizadas en ese momento, la Comisión no desea perder de vista un aspecto más básico: muchas de las acciones realizadas como parte del proyecto de Guatemala fueron desmedidas y los responsables de esas acciones fueron culpables desde el punto de vista moral.

Normas contemporáneas para la investigación ética desde 1946 hasta 1948

Las normas de la ética médica de una época determinada son, muchas veces, difíciles de identificar detalladamente. Son una combinación compleja de declaraciones escritas, prácticas y actitudes. En la época en que se llevó a cabo la investigación en Guatemala, las normas éticas estaban en proceso de cambio. Los experimentadores médicos de los años inmediatamente posteriores a la Segunda Guerra Mundial nadaban en un mar de transformaciones que, varias décadas después, produjeron cambios decisivos en las mareas de la concientización y las normas morales. Los juicios morales retrospectivos pueden, por lo tanto, ser peligrosos. Con el paso del tiempo, la acumulación de experiencia y el lujo de la reflexión, puede ser fácil sentirse moralmente superior a nuestros antecesores.

Al margen de estos retos, es posible desarrollar y aplicar una norma para los juicios morales sobre las acciones pasadas y, en cierto modo, concluir que las acciones y los actores eran censurables. En el caso de los experimentos en Guatemala, el juicio moral retrospectivo se simplifica gracias al valioso registro histórico de las propias palabras y comportamientos de los experimentadores en los años previos al inicio de estos estudios; comportamientos que expresaron y avalaron una medida moral impuesta por ellos mismos que puede utilizarse en contra de sus actividades. Es particularmente interesante destacar que este registro histórico incluye no solo prácticas, sino también declaraciones realizadas por los investigadores en las que se acusan a ellos mismos.

Para estar seguros, estos investigadores operaban dentro de una cultura de investigación médica que, muchas veces, trataba las normas morales de manera pragmática, principalmente como protección en contra de los “bienhechores” entrometidos que hubieran incidido en su indispensable trabajo, en lugar de tratarlas como imperativos morales genuinos basados en el respeto a las personas. En 1947, dicha actitud podría haber caracterizado a la mayoría de los investigadores médicos y, por cierto, algunos investigadores podrían todavía esconder tales puntos de vista en la actualidad.

Sin embargo, durante este período, ciertos principios básicos relacionados con el consentimiento informado y la reducción de los riesgos se comenzaban a reconocer y a poner en práctica ampliamente. Muchos investigadores, especialmente los de salud pública, estaban familiarizados con los experimentos con fiebre amarilla de Walter Reed realizados a fines de siglo. Durante estos experimentos, trabajadores españoles fueron reclutados y aceptaron ser expuestos a mosquitos para evaluar la teoría de que los insectos transportaban la fiebre amarilla.⁶⁷¹ Las normas legales pronunciadas a comienzos del siglo xx incluían el derecho de un individuo a determinar lo que se debía hacer con su cuerpo, aunque la aceptación y la aplicación de estas normas se difundieron lentamente en la profesión médica.⁶⁷²

Luego de una revisión histórica exhaustiva de las prácticas realizadas durante este período, el Comité Asesor sobre Experimentos con Radiación en Seres Humanos del Presidente (el “Comité de Experimentos con Radiación”) llegó a una serie de conclusiones ambiguas. Por un lado, el Comité de Experimentos con Radiación detectó que “ya en 1944, era usual para los médicos y otros científicos biomédicos obtener el consentimiento de los sujetos de investigación

sanos”.⁶⁷³ Sin embargo, el Comité también descubrió que “los médicos que participaban en investigaciones clínicas [es decir, investigación con pacientes enfermos, no con voluntarios sanos], generalmente, no obtenían el consentimiento de los sujetos”, incluso cuando el experimento no ofrecía la posibilidad de un beneficio directo para el paciente.⁶⁷⁴ No obstante, era “común para los médicos preocuparse por los riesgos al realizar una investigación en los sujetos-pacientes y, cuando no había posibilidad de obtener un beneficio médico compensatorio, limitar el uso de pacientes para la investigación a lo que se consideraban intervenciones con bajo o mínimo riesgo”.⁶⁷⁵ Las preocupaciones subsiguientes sobre la subestimación por parte de médicos e investigadores de los riesgos para los sujetos-pacientes contribuyeron al establecimiento de mecanismos de revisión independiente.

A mitad de siglo, estos primeros ejemplos de consentimiento informado y prácticas de evaluación de riesgos, aunque no tan a menudo expresados de esta manera, eran comunes en los experimentos que involucraban a sujetos sanos, como prisioneros, soldados y objetores de conciencia.⁶⁷⁶ En particular, los investigadores de Terre Haute y sus superiores, que incluían algunos de los mismos individuos que participaron en los experimentos en Guatemala, consideraron y adoptaron, cuidadosamente, requisitos estrictos para el consentimiento individual y la voluntariedad para la investigación que llevaron a cabo en 1943 y 1944.⁶⁷⁷ En 1946, los investigadores del VDRL, doctores Mahoney, Cutler, Van Slyke y Blum también reconocieron la necesidad de utilizar solo “voluntarios” como sujetos experimentales y solo después de proporcionar información adecuada sobre los riesgos para que un posible participante tome una decisión informada. Al escribir en la *Revista estadounidense de sífilis, gonorrea y enfermedades venéreas* sobre su trabajo con prisioneros en Terre Haute, los médicos insistieron en que los participantes debían tener “un entendimiento completo del objetivo subyacente del estudio y los posibles riesgos involucrados”.⁶⁷⁸ Otros investigadores que participaban en investigaciones de infección intencional expresaron opiniones similares.⁶⁷⁹ Sin duda, es imposible saber si estas opiniones fueron expresadas con la intención de evitar la desaprobación pública.

El período comprendido entre 1946 y 1948 fue una época especialmente importante para el desarrollo de la ética de la investigación en seres humanos. Durante esos años, el Tribunal Médico de Núremberg analizó cargos contra 23

médicos y burócratas acusados de complicidad en los experimentos realizados en los campos de concentración, muchos de los cuales se llevaron a cabo para respaldar los esfuerzos bélicos del Tercer Reich.⁶⁸⁰ Un testigo clave para la fiscalía fue el Dr. Andrew C. Ivy, un destacado investigador médico de los EE. UU. que prestó sus servicios como vicepresidente en la Universidad de Illinois y como director científico del Instituto de Investigaciones Médicas de la Marina en Bethesda (Maryland). El Dr. Ivy era un asesor designado por la Asociación Médica Estadounidense para ayudar a los fiscales.⁶⁸¹ Aproximadamente, en el momento en que comenzó el juicio en 1946, el Dr. Ivy preparó un informe para expresar las normas legales y éticas, o “leyes”, para la experimentación con seres humanos. Varios historiadores argumentaron que la elaboración de este informe fue impulsada por los argumentos sorprendentemente desconcertantes de los abogados defensores de los nazis relacionados con el manejo cuestionable de las investigaciones en seres humanos en los Estados Unidos, especialmente, las investigaciones llevadas a cabo en las prisiones.⁶⁸²

La Asociación Médica Estadounidense aceptó el informe del Dr. Ivy y su colaborador, el Dr. Leo Alexander, y su Cámara de Delegados lo adoptó en diciembre de 1946. La revista de la *Asociación Médica Estadounidense* publicó una declaración a principios de enero de 1947.⁶⁸³ Las normas enfatizaban el consentimiento informado y voluntario y el rechazo del riesgo inapropiado. Primero:

“Se debe obtener el consentimiento del sujeto humano. Todos los sujetos deben haber sido voluntarios en ausencia de coerción de cualquier forma. Antes de ofrecerse como voluntarios, los sujetos recibieron información sobre los riesgos, si existieran...”⁶⁸⁴

Y, segundo:

“El experimento se debe llevar a cabo... de modo que se evite todo sufrimiento físico y mental, y todo daño innecesarios y... cuando no existan razones a priori para creer que pueda ocurrir la muerte o una lesión incapacitante, excepto en aquellos experimentos, como el de la fiebre amarilla, en que los experimentadores se desempeñan como sujetos junto con el personal no científico”.⁶⁸⁵

En mayo de 1947, el Dr. Ivy, al describir su evaluación de los experimentos médicos de los médicos nazis en el boletín informativo de la Federación de

Juntas Médicas Estatales, llegó a la conclusión de que las actividades “fueron crímenes, ya que se llevaron a cabo en prisioneros sin su consentimiento e hicieron caso omiso de los derechos humanos. No se llevaron a cabo de modo que se evitara el sufrimiento y el dolor innecesarios; la muerte constituyó el resultado premeditado en varios experimentos”.⁶⁸⁶ Sin embargo, aquellos que fueron condenados, posteriormente, en el juicio a los médicos nazis fueron encontrados culpables de participación en matanza masiva y no de violaciones de la ética médica.

Cuando el periodista Waldemar Kaempffert escribió en el *New York Times* en abril de 1947 sobre la investigación de la sífilis, informó que cualquier plan para “inyectar gérmenes vivos de la sífilis en cuerpos humanos” con el fin de hacer progresos en la ciencia sería “éticamente imposible”. Sin embargo, las pruebas en seres humanos de este tipo señaladas en la nota como “éticamente imposibles” estaban por comenzar en Guatemala. Al leer el artículo del *New York Times*, el Dr. Cutler le advirtió a su superior, el Dr. Mahoney, director del VDRL. En una carta dirigida al Dr. Mahoney, el Dr. Cutler le expresó su preocupación de que, en vista de la declaración ética incompetente realizada en el artículo de Kaempffert, un reciente anuncio público sobre la investigación de Guatemala podría provocar críticas indeseables. Cutler también enfatizó la necesidad de aumentar la confidencialidad y de limitar la información sobre el programa a aquellos “que sabemos que no van a hablar”.⁶⁸⁷

El artículo de Kaempffert publicado en el *New York Times* y la preocupación que este generó en el Dr. Cutler ilustran las tensiones que se produjeron como consecuencia de la evolución de las normas éticas de la investigación en el período inmediatamente posterior a la Segunda Guerra Mundial. Las normas emitidas posteriormente por el Tribunal de Núremberg en su fallo en el caso de los médicos nazis, en agosto de 1947, denominado “El Código de Núremberg” en la actualidad, en gran parte hacen eco de la formulación original de Ivy y Alexander.⁶⁸⁸ Primero, el tribunal determinó que “es absolutamente esencial contar con el consentimiento voluntario del sujeto humano”.⁶⁸⁹ El tribunal enfatizó la necesidad de prestar cuidadosa atención a los riesgos y comprometerse rigurosamente con el bienestar del participante. El tribunal dictaminó que los experimentos se deben llevar a cabo de modo que “se evite todo sufrimiento físico y mental, y daño innecesarios” y “no deben ser de naturaleza aleatoria e innecesaria”.⁶⁹⁰ Además, “[n]o se debe llevar a cabo ningún experimento cuando existan razones *a priori* para creer que pueda ocurrir la muerte o una lesión

incapacitante, excepto, quizás en aquellos experimentos en los que los médicos experimentadores también se desempeñan como sujetos de investigación”.

Al igual que el Dr. Ivy y la Asociación Médica Estadounidense, el tribunal afirmó que sus normas ya eran comprendidas y seguidas por todos los investigadores médicos éticos en cualquier lugar del mundo.⁶⁹¹ Sin embargo, una investigación más reciente dio a conocer que estas afirmaciones fueron, al menos, muy exageradas.⁶⁹² Hubiera sido más preciso declarar que estas normas estaban disponibles en la cultura de la medicina, como queda claro a partir del hecho de que el Dr. Ivy pudo identificarlas y la Asociación Médica Estadounidense las promulgó, aunque no fueron tan comprendidas ni apreciadas como lo son en la actualidad. Sin duda, las pruebas sugieren que los médicos y los funcionarios responsables de los experimentos en Guatemala reconocieron que estas normas circulaban y tenían cierta apreciación de sus consecuencias para la investigación, tal como lo muestra la reacción del Dr. Cutler al leer el artículo de Kaempffert. Como profesionales médicos y funcionarios públicos, ellos tenían la obligación moral y profesional de reconocer estas normas, y de considerar sus consecuencias para las prácticas de investigación.

Sin embargo, los médicos y los funcionarios responsables de los experimentos en Guatemala violaron todos estos requisitos. No solo no hubo pruebas que indicaran el consentimiento voluntario de los sujetos, sino que fueron claramente expuestos a riesgos de daños físicos graves presentados por contraer diferentes enfermedades. Correspondencia específica y otros registros demuestran que algunos sujetos fueron expuestos a daños importantes, y, algunas veces, los padecieron, cuando el tratamiento y los medicamentos disponibles podrían haber evitado tales daños.⁶⁹³ Lo que agrava estas cuestiones es el hecho de que incluso si los riesgos hubieran sido lógicos, no existió ningún beneficio humanitario proporcional, ya que los experimentos no se diseñaron de manera responsable desde el punto de vista científico o moral. No existen pruebas que indiquen que alguno de los investigadores participó voluntariamente en los experimentos, un requisito que, en la actualidad, podríamos considerar extraño e irrelevante, pero que, en ese momento, era normal y hubiera, al menos, establecido que estaban dispuestos a acceder a los riesgos a los que exponían a otras personas sin solicitarles su consentimiento.

Evaluación de los argumentos atenuantes generales

Los factores atenuantes pueden moderar o disminuir la culpa que merecen los actores individuales y también confundir la determinación de la culpabilidad individual, independiente de los juicios relacionados con la corrección o incorrección de las acciones mismas. Las condiciones atenuantes de carácter general incluyen las siguientes:

- Ignorancia de hecho no culposa.
- Ignorancia inducida culturalmente sobre consideraciones morales importantes.
- Evolución en la interpretación y especificación de los principios morales.
- Falta de determinación de la división del trabajo de una organización, de manera que no queda claro quién es el responsable de implementar las obligaciones de la organización.⁶⁹⁴

Al examinar estas cuatro condiciones posiblemente atenuantes en el contexto de la investigación en Guatemala, la Comisión detecta, en primer lugar, que los investigadores eran sumamente conscientes de las circunstancias de hecho. Si bien es posible que no se haya conocido mucho sobre la prevención y el tratamiento de las STD que se estudiaban en Guatemala, las consecuencias devastadoras de las enfermedades en los individuos y las comunidades eran bien comprendidas. Fue exactamente este conocimiento de los efectos de la infección de las STD lo que motivó a los investigadores a centrarse en este programa de investigación, a pesar de las objeciones éticas que ellos sabían que podrían hacerse eco si otros tuvieran conocimiento de su trabajo.⁶⁹⁵

Es verdad que, durante el período comprendido entre 1946 y 1948, la interpretación y la especificación de los principios de la ética de la investigación estaban evolucionando. Sin embargo, estos investigadores constituían una red coherente y pequeña de profesionales que había participado, anteriormente, en estudios análogos en los Estados Unidos. Las normas *de facto* que se pusieron en práctica en la prisión de Terre Haute, especialmente aquellas relacionadas con el consentimiento escrito, contrastan fuertemente con las que se emplearon en los experimentos en Guatemala. La gran atención que se les dio, en el primer caso, a las preguntas sobre la investigación que involucraba la infección intencional con STD, los procedimientos del consentimiento y los temas únicos relacionados con la investigación en las prisiones proporcionan

pruebas claras de que los investigadores en Guatemala estaban familiarizados con dichas preocupaciones. Si bien la interpretación y la especificación de los principios morales pueden haber estado evolucionando gradualmente durante este período, el trabajo en Terre Haute indica que estos conceptos eran familiares para los investigadores. En este sentido, la defensa de la ignorancia moral inducida culturalmente no es apropiada.

La ignorancia moral inducida culturalmente también tiene otro sentido; un sentido que, quizás, haya surgido del pequeño círculo de los mismos investigadores. Tal vez, ellos creían que las preocupaciones morales determinadas por la cultura no los obligaban, ya que consideraban que su investigación era más importante que respetar a los sujetos humanos que se conseguían fácilmente, obtener su consentimiento y evitar daños innecesarios. Quizás sabían que estas eran preocupaciones morales y que las personas esperaban que ellos las cumplieran; de aquí su empeño por la confidencialidad, para no quedar sujetos a la crítica de sus colegas médicos y de las personas. Pero incluso si consideraran estas preocupaciones morales como limitaciones puramente prácticas, para ser evadirlas en la medida de lo posible, esto no disminuiría su culpabilidad. De hecho, los convierte en más arrogantes, ya que, en este caso, no tendrían la excusa de la ignorancia o la compulsión. Esta conclusión nos puede parecer especialmente desconcertante cuando aquellos que no pueden ser perdonados son médicos y funcionarios públicos que se dedican a encontrar curas para enfermedades graves. Sin embargo, ellos son responsables desde el punto de vista moral cuando ponen sus acciones y su ciencia por encima de las normas morales, basándose en que su ciencia es más importante que las normas. Ni una comisión de bioética ni el pueblo estadounidense deben aceptar dicha excusa.

Nuevamente, la evidencia documental indica que el equipo de investigación en Guatemala reconocía las consideraciones morales relevantes, incluso si estas consideraciones morales eran desvalorizadas por algunos como simples medidas de protección contra la publicidad negativa. Además, dadas sus posiciones de responsabilidad médica y científica, podrían y deberían ser declarados culpables, ya que no reconocieron las consideraciones morales de su trabajo. Pero estas preocupaciones habitualmente se ignoraban o descartaban a favor de la búsqueda continua de nuevos conocimientos científicos con una interferencia externa mínima.⁶⁹⁶ Una apreciación de las posibles objeciones a su trabajo, basándonos en aspectos morales (ya sea que estén de acuerdo con estas

objeciones o no), y de las consecuencias prácticas de estas objeciones para el futuro de las actividades en Guatemala, se ve reflejada, claramente, en el enorme interés por minimizar la divulgación del programa de investigación más allá de un reducido círculo de personas de confianza relacionadas con el VDRL.⁶⁹⁷

¿Por qué Guatemala resultó ser un entorno oportuno para estos excesos? Entre los factores importantes estuvo, seguramente, la cooperación entusiasta de las autoridades guatemaltecas. También, es difícil ignorar la posibilidad de que las diferencias raciales, étnicas y de clases estuvieron entre los factores que insensibilizaron a los investigadores al amplio contexto moral de su trabajo. Es posible que una vez que iniciaron el programa de investigación, los investigadores se hayan acostumbrado cada vez más a las violaciones éticas de las que ellos eran parte. No solo el VDRL fue un círculo limitado de personas con acceso a información privilegiada; los investigadores en Guatemala operaban como una cultura de grupo todavía más reducida que se fortalecía mutuamente y que se encontraba lejos del hogar, de los pares y en un entorno social muy diferente de aquel en los Estados Unidos. Estos factores pueden haber contribuido a la insensibilidad colectiva ante las normas éticas; una hipótesis que puede ayudar a explicar el comportamiento de los investigadores, pero que no lo justifica de ninguna manera.

Sin embargo, no se puede decir que la cadena de mando fue deficiente con respecto a la responsabilidad profesional en el contexto de la investigación de Guatemala. A pesar de la distancia física que existía entre los lugares de investigación y las importantes entidades administrativas de los EE. UU. responsables de la supervisión, la correspondencia entre el Dr. Cutler y sus superiores del VDRL demuestra una jerarquía claramente definida y bien comprendida con respecto al diseño y el manejo de la investigación. Complementan esta correspondencia las visitas de inspección realizadas por los funcionarios de mayor categoría en el PHS y las pruebas que demuestran el conocimiento del cirujano general sobre el trabajo que se llevaba a cabo bajo su campo de acción administrativo. En lugar de una cadena de mando, hubo una falla en el liderazgo profesional e institucional al hacer caso omiso a los excesos de los experimentos de Guatemala.

Evaluación de los argumentos atenuantes específicos desde el punto de vista histórico

Existen otros argumentos más específicos desde el punto de vista histórico que también se pueden presentar con el fin de explicar las acciones de los médicos y los funcionarios del gobierno que participaron en los experimentos de Guatemala y de posiblemente mitigar su culpabilidad. Estos argumentos son los siguientes:

- Los experimentos se realizaron con fines de seguridad nacional y, por lo tanto, las normas convencionales de la ética médica podrían descartarse.
- Estos experimentos ocurrieron debido a una necesidad de salud pública muy importante debido a la prevalencia de las STD. Así, el equilibrio entre el riesgo y el beneficio justificaba la iniciativa, sin importar cuánto podría comprometer los derechos individuales.
- Aunque las condiciones dispuestas por el Dr. Ivy de la AMA fueron citadas como convencionales, de hecho, en aquel momento, el entendimiento de las normas morales para la investigación por parte de los científicos y otros estaba evolucionando, y las reglas y los principios estaban comenzando a codificarse.

La Comisión de Experimentos con Radiación se dirigió a la defensa de seguridad nacional cuando descubrió que “durante el período comprendido entre 1944 y 1974, no existen pruebas que demuestren que alguna declaración o política gubernamental sobre la investigación que involucre sujetos humanos contenga una disposición que permita la renuncia a los requisitos de consentimiento por razones de seguridad nacional”.⁶⁹⁸ Sin embargo, hay pruebas que indican que, en este período, los organismos gubernamentales decidieron no revelar ciertos experimentos al público por miedo a la vergüenza y la posible responsabilidad legal del gobierno.

Podría decirse que el caso de los experimentos con radiación ionizante fue diferente del de las STD, ya que estos últimos constituyeron una preocupación inmediata y apremiante por la presteza militar, como se había observado durante la Segunda Guerra Mundial.⁶⁹⁹ Los experimentos que incluían radiación ionizante eran altamente especulativos y los beneficios, lejanos, mientras que la necesidad de mejoras en el tratamiento y la prevención de las STD era intensa⁷⁰⁰

y, especialmente con la llegada de la penicilina, parecían estar al alcance. Pero los experimentos en Guatemala se iniciaron después de que finalizó la guerra y mientras el país estaba en paz, de manera que no había ninguna necesidad militar inmediata que constituyera una amenaza existencial para los Estados Unidos. Un argumento más verosímil sería una necesidad de salud pública muy urgente para solucionar estos grandes daños a la humanidad que habían causado, y continuaban causando, un enorme sufrimiento en todo el mundo.

Nadie cuestiona que las campañas destinadas a la erradicación de amenazas terribles a la salud pública han sido justificadamente agresivas a menudo, de acuerdo con una filosofía moral fuertemente utilitaria. Sin embargo, no todas las amenazas a la salud pública son tan graves como para que se puedan justificar todas las intervenciones por un utilitarianismo crudo. Si la amenaza a la salud pública presentada por un brote de una enfermedad particular es lo suficientemente grave como para justificar tácticas agresivas que suspendan, de manera temporal, nuestras normas éticas habituales es en sí un interrogante importante de la ética y la política.⁷⁰¹ Solo después de decidir que dicha valoración es a favor de suspender nuestras normas éticas habituales, se debería considerar si existe justificación suficiente para seleccionar un lugar o una población que esté sujeta a la anulación de los derechos típicos.

Además, cuando la actividad de la salud pública en cuestión es experimental (como fue el caso en Guatemala), el nivel justificativo debe fijarse mucho más alto para cumplir con los principios y los requisitos de investigación que involucran a los sujetos humanos. La carga ética correspondiente para justificar la elección de lugares y poblaciones es considerablemente mayor en el contexto de la investigación con sujetos humanos. En el ámbito de la investigación, una justificación para la selección de un lugar o una población determinados podría ser que la enfermedad no ocurre con la frecuencia adecuada en otros lugares para que el trabajo experimental sea viable en otra parte. Esta fue una de las justificaciones para la selección de la ubicación del estudio Tuskegee sobre sífilis. Nuevamente, sin embargo, el fundamento para la selección de un lugar o población no exime a los experimentadores de otros requisitos éticos, como el consentimiento informado y el límite del daño previsible; requisitos que fueron violados, notable y seriamente, en los experimentos de Tuskegee y en otros lugares.

Dicha justificación no se encontró en los experimentos de Guatemala. Más bien, es probable que se hayan elegido estos lugares en Guatemala precisamente porque estarían fuera de la vista pública en los Estados Unidos y del alcance de nuestras leyes y normas de investigación. Los sujetos pueden haber sido considerados débiles y fáciles de conseguir, y las autoridades locales no eran solo socios colaboradores sino entusiastas. En Guatemala, las enfermedades no eran especialmente endémicas en la comunidad local, como fue el caso en Tuskegee.⁷⁰² Si tenemos en cuenta el enfoque de la investigación de Guatemala sobre la profilaxis y el diagnóstico, la mayoría de los sujetos no estaban infectados, nuevamente a diferencia del caso Tuskegee. Una justificación “metodológica” fue la oportunidad de utilizar trabajadoras sexuales comerciales (cuyo trabajo era legal en Guatemala, pero no en los Estados Unidos) como vectores a fin de estudiar las STD “de la manera en que se contraen habitualmente”.⁷⁰³ Una posible explicación existente, pero claramente inaceptable, de la elección de Guatemala reflejaría la idea de que los guatemaltecos fueron una población experimental conveniente, o quizás preferible, debido a la pobreza, el origen étnico, la raza, la lejanía, la situación nacional o la combinación de algunos de estos factores. Dicho de otro modo, las trabajadoras sexuales, los prisioneros, los pacientes psiquiátricos y los soldados pueden haber sido vistos como convenientes y, en conjunto, cautivos. Pero la conveniencia, si bien oportuna, no es en sí misma una justificación moral, como el *Informe Belmont* concluyó de modo convincente décadas después.⁷⁰⁴

El hecho de que las autoridades locales en Guatemala les hayan permitido acceder a sus instituciones a los investigadores de los EE. UU. tampoco constituye una justificación moral. Quizás, los funcionarios y los médicos estadounidenses se convencieron de que las autoridades de Guatemala de algún modo representaban los intereses de los posibles sujetos; un argumento poco posible en estas circunstancias y, de cualquier manera, un argumento que no fue manifestado abiertamente o que fuera convincente al ser examinado. Los materiales disponibles para la Comisión proporcionan solo un conocimiento limitado de los procesos de toma de decisiones de las autoridades de la salud y los funcionarios del gobierno guatemaltecos, pero los investigadores de los EE. UU. tenían amplia autoridad, experiencia y oportunidades para haber evitado los daños morales, independientemente de las decisiones y las acciones de los colegas guatemaltecos. La colaboración de las autoridades de la salud y

los funcionarios del gobierno de Guatemala no proporciona justificación moral para las acciones del Dr. Cutler y otros. Al contrario, la colaboración de las autoridades de la salud y los funcionarios del gobierno de Guatemala también revela su culpabilidad al permitir la perpetración de estos daños.

Un punto de vista final que algunos sugieren podría mitigar la culpabilidad moral de los participantes, aunque no justificarla, es que las convenciones éticas de ese período estaban evolucionando y, en la práctica, se violaban con frecuencia. Siguiendo este punto de vista, sería injusto hacerles cumplir las normas a ciertos investigadores que otros no cumplen. Según los riesgos involucrados, podríamos no exigirles a los profesionales que se expongan a riesgos personales considerables, entre ellos, comprometer el desarrollo de su carrera, para cambiar el statu quo al insistir en ciertas normas éticas. Aquí, es importante distinguir entre el heroísmo moral, que no se requiere de un individuo desde el punto de vista moral, aunque es admirable, y simplemente el acto de oponerse a una mala práctica. El error de no oponerse a una mala práctica no puede perdonarse. En este caso, los riesgos por no oponerse a prácticas tan malas como las realizadas en los experimentos de Guatemala fueron, de hecho, altos. Estos incluyeron no solo riesgos a la dignidad, sino a la salud y el bienestar de personas altamente vulnerables. Los debates sobre el uso de diferentes técnicas de exposición a patógenos de un grupo u otro sugieren que la vulnerabilidad de los sujetos era evidente para estos investigadores.⁷⁰⁵ Además, no todos los médicos involucrados eran subordinados o dependientes en su posición; algunos se encontraban en posiciones de alta responsabilidad en el gobierno. No se puede perdonar no haber ejercitado un liderazgo moral. Este error condujo a prácticas que fueron tan malas que pueden claramente caracterizarse como atroces. Aquellos que cometieron estas acciones no se encontraban bajo ninguna presión inusual. Ellos pensaban que estaban por encima de las reglas y fueron capaces de protegerse del análisis minucioso normal impuesto institucionalmente.

Los experimentos en Guatemala: mirada hacia el pasado, mirada hacia el futuro y asignación de culpabilidad

El caso de Guatemala difiere de algunos casos posiblemente análogos en el período posterior a la Segunda Guerra Mundial de maneras que facilitan el proceso de emitir juicios morales. Este completo descubrimiento y revisión de

los documentos históricos revela una cantidad considerable de discusiones entre los protagonistas, lo que demuestra su conocimiento de las consideraciones éticas importantes y las reacciones correspondientes que hubieran ocurrido si sus actividades se conocían ampliamente. Esto es válido incluso durante un período de evolución de la interpretación y la especificación de los principios morales en la investigación en seres humanos. En otras palabras, las acciones y las palabras contemporáneas de los actores principales constituyen su propia acusación moral.

Como consecuencia directa de las decisiones y las acciones de los investigadores del PHS y sus superiores, personas profundamente vulnerables, algunas en los estados más tristes y desesperados, sufrieron violaciones en sus cuerpos reiteradas veces y de manera sistemática. Un compromiso intenso y falto de sentido crítico con el avance del conocimiento, en condiciones convenientes, no justifica la suspensión de la sensibilidad moral que debería haber sido estimulada por el sufrimiento de las personas; sufrimiento que, en algunos casos, los investigadores intensificaron de forma severa.

Está claro que muchas de las acciones realizadas en los experimentos de Guatemala fueron incorrectas desde el punto de vista moral. La Comisión concluye, además, que las personas que aprobaron, llevaron a cabo, facilitaron y financiaron estos experimentos son moralmente culpables de estas injusticias en diferentes grados. La Comisión llega a estas conclusiones basándose en los principios morales básicos, las normas morales que estaban bien definidas en ese momento, las prácticas increíblemente opuestas al caso de Terre Haute y las declaraciones de los propios protagonistas durante el período del trabajo en Guatemala. En la actualidad, nuestras normas morales también avalan este juicio por razones completamente compatibles con las normas (y el razonamiento que las respalda) que estaban disponibles para los investigadores y los funcionarios públicos involucrados en los experimentos de Guatemala. Este no es un fallo al que la Comisión llega superficialmente, sino un fallo que deriva de los hechos del caso y de la lógica del argumento moral.

Aunque algunos individuos son más culpables que otros, no puede decirse que la culpabilidad de este episodio recae solamente en los hombros de una o dos personas. Los acontecimientos desmedidos que se desarrollaron en Guatemala entre los años 1946 y 1948 también representan una falla institucional del

tipo que los requisitos modernos de transparencia y responsabilidad están diseñados para evitar. En el análisis final, las instituciones están compuestas por individuos que, aunque deficientes, se espera que ejerzan un buen juicio en pos de su misión institucional. Esto es lo más importante y verdadero cuando esas personas ocupan puestos privilegiados y poderosos, como profesionales y funcionarios públicos. Una lección de los experimentos de Guatemala es nunca dar por sentada a la ética y mucho menos confundir principios éticos con obstáculos muy difíciles de superar o escapar: un mensaje aleccionador para nuestra propia generación y para las próximas. Debemos estar siempre alertas para garantizar que semejante explotación reprobable de nuestros queridos seres humanos no se repita jamás.

LAS TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1: Los Documentos de Cutler

NOMBRE DEL DOCUMENTO	FECHA	DESCRIPCIÓN	DISTRIBUCIÓN	CONCLUSIONES
Correspondencia	Agosto de 1946 – noviembre de 1948	Cientos de intercambios por escrito en relación con una variedad de temas, incluso cartas con encabezados formales y análisis informales entre colegas.	Incluye correspondencia entre los doctores Cutler, Arnold, Mahoney, Tejeda y muchos otros integrantes del estudio.	N/C
Cuadernos de experimentación	Varias	Los dos cuadernos denominados “Laboratorio diario” contienen listas manuscritas de los sujetos y los posibles sujetos junto con los resultados de diferentes pruebas. El contenido de los dos cuadernos denominados “Estudios en las fuerzas militares” varía.	Se desconoce.	N/C
Tarjetas con anotaciones sobre sujetos	Varias	Registros individuales de sujetos de la Penitenciaría y el Hospital psiquiátrico.	Se desconoce.	N/C
Fotografías	Varias	Se tomó un total de 594 fotografías, que incluyen 372 imágenes de sujetos infectados del Hospital psiquiátrico y la Penitenciaría, 215 imágenes de sujetos del Hospital psiquiátrico y siete fotografías de procedimientos profilácticos.	Al Dr. Heller “le interesaba tener registros fotográficos...”. Las fotografías también se tomaron para que el Dr. Mahoney pudiera “recabar toda la información necesaria a fin de hablar de lo que sea que uno quisiera”. El Dr. Ingalls H. Simmons le pidió al equipo del PHS fotografías de “lesiones venéreas comunes para el programa de enseñanza de las Fuerzas Armadas”, y el Dr. Cutler le envió “fotografías de lesiones venéreas típicas” al Dr. Simmons para que fuesen utilizadas como “filmias para enseñar”.	N/C

NOMBRE DEL DOCUMENTO	FECHA	DESCRIPCIÓN	DISTRIBUCIÓN	CONCLUSIONES
Experimento con chancroide	Sin fecha, pero el Dr. Cutler le envió el documento al Director del Laboratorio de Investigaciones Venéreas de Chamblee (Georgia), en septiembre de 1952.	Describe la efectividad de la profilaxis con la solución orvus-mapharsen.	Enviado al Director del VDRL de Chamblee (Georgia), pero con parte de la información de una versión original censurada; le pidieron al Director "manipular y tratar este documento de manera confidencial" (énfasis en el original).	La profilaxis con la solución orvus-mapharsen no resultó efectiva.
Estudios experimentales con gonorrea	29 de octubre de 1952	Describe la efectividad, los efectos secundarios y las desventajas de los métodos profilácticos (10 % de solución de argirol, kit profiláctico del Ejército estadounidense, penicilina y la solución orvus-mapharsen).	<p>Marcado como "SECRETO CONFIDENCIAL", con algunos detalles identificativos ocultos (p. ej., la identidad de los médicos involucrados).</p> <p>No existen evidencias de que el Dr. Cutler haya compartido este informe con otra persona.</p>	Todos los métodos profilácticos probados fueron efectivos, pero la solución orvus-mapharsen resultó ser la mejor opción.
Informe final sobre sífilis	24 de febrero de 1955	<p>Describe los diferentes métodos de profilaxis contra la sífilis.</p> <p>Describe los efectos de la penicilina en el tratamiento de la sífilis.</p> <p>Detalla el uso de las pruebas serológicas.</p> <p>Describe cómo el hombre entiende la sífilis.</p>	No tiene indicaciones de "confidencialidad" ni existen indicaciones en los documentos de que el Dr. Cutler no pretendía su divulgación; sin embargo, tampoco se encontraron registros de que el Dr. Cutler le haya proporcionado este informe a un tercero externo.	<p>El mayor nivel de efectividad profiláctica se obtuvo con la solución orvus-mapharsen, el ungüento de calomelanos, la penicilina por vía oral o mapharsen intravenoso.</p> <p>Casi siempre, la penicilina curaba la sífilis primaria y secundaria.</p> <p>No se arribó a conclusiones serológicas específicas.</p> <p>Se registraron diversas observaciones de la sífilis en el hombre.</p>

Tabla 2: Personas involucradas en los experimentos con STD en Guatemala

NOMBRE	MEMBRECÍA	CARGO	ROL CONOCIDO EN LOS EXPERIMENTOS EN GUATEMALA
Aguilar, Casta Luis	Ministerio de Salud Pública de Guatemala	Director del laboratorio de investigación	Participante del gobierno de Guatemala en los experimentos con sífilis. Coautor, junto con el Dr. Funes, del estudio con la solución orvus-mapharsen en trabajadoras sexuales.
Dr. Aragon, Hector	Orfanato Nacional de Guatemala	Director	Aprobó los experimentos serológicos. Realizó publicaciones sobre la información serológica junto con los investigadores y analizó el tema en el Segundo Congreso de Enfermedades Venéreas en Centroamérica, en 1948.
Dr. Arnold, Richard C.	Servicio de Salud Pública de los EE. UU. (USPHS), Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas (VDRL), Staten Island (Nueva York).	Cirujano de alto rango en el USPHS. Director de la Investigación sobre la sífilis, VDRL (1939 - 1951).	Supervisor secundario de los experimentos. Recibió los informes sobre los experimentos del Dr. Cutler. Visitó el sitio en Guatemala, al menos, dos veces, en 1947 y 1948.
Dr. Chinchilla, Roberto Robles	Penitenciaría Central de la ciudad de Guatemala	Director de Servicios Médicos	Participante del gobierno de Guatemala. Escribió la carta de agradecimiento al Dr. Cutler que fue incluida en el Informe final sobre sífilis del Dr. Cutler.
Dr. Cutler, John C.	USPHS/PASB, Guatemala	Cirujano de alto rango en el USPHS. Director de la Investigación sobre las STD en Guatemala	Principal investigador en el sitio (Guatemala). Líder de los experimentos de exposición intencional.
Dr. Eagle, Harry	USPHS/Instituto Nacional de la Salud (NIH), Sección de Estudio de la Sífilis	Miembro de la Sección de Estudio de la Sífilis Funcionario comisionado del USPHS (1936 - 1961). Director del Laboratorio de Terapéutica Experimental y del Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas de la Facultad de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins y el Hospital del Servicio de Salud Pública de Baltimore (1936 - 1948).	Miembro de la Sección de Estudio de la Sífilis que aprobó el subsidio de investigación para Guatemala. Se le solicitó llevar a cabo su propia investigación sobre profilaxis en sujetos de Guatemala.

NOMBRE	MEMBRECÍA	CARGO	ROL CONOCIDO EN LOS EXPERIMENTOS EN GUATEMALA
Dr. Funes, Juan M.	Ministerio de Salud Pública de Guatemala	<p>Jefe de la Sección de Enfermedades Venéreas del Departamento Nacional de Salud</p> <p>Asesor especial de la División de Enfermedades Venéreas de la Agencia de Servicios Estatales, USPHS (1948 - 1956).</p>	<p>Propuso que los investigadores fueran a Guatemala mientras era miembro del VDRL.</p> <p>Estuvo involucrado en la derivación de las trabajadoras sexuales con STD del Hospital de Profilaxis Sexual y de Enfermedades Venéreas (VDSPH) al Dr. Cutler.</p> <p>Participante activo de los experimentos de exposición.</p> <p>Continuó recabando información sobre individuos involucrados en los experimentos del VDRL hasta 1953.</p>
Funes, Rolando	Ministerio de Salud Pública de Guatemala	Serólogo	Participante del gobierno de Guatemala en los experimentos con sífilis.
Dr. Galich, Luis	Ministerio de Salud Pública de Guatemala	Director	<p>Estuvo involucrado en la derivación de trabajadoras sexuales con STD del VDSPH al Dr. Cutler.</p> <p>Supervisó el traslado del laboratorio de los investigadores al gobierno de Guatemala.</p> <p>En 1948, solicitó y recibió el permiso del VDRL para utilizar información serológica.</p>
Harding, Virginia Lee	USPHS/PASB, Guatemala	Bacterióloga del USPHS	Trabajó en el laboratorio.
Dr. Harlow, Elliot	USPHS/PASB, Guatemala	Cirujano asistente del USPHS.	Colaboró con los experimentos de exposición intencional.
Dr. Heller, John R.	USPHS	Jefe de la División de Enfermedades Venéreas (1943 - 1948)	<p>Miembro de la Sección de Estudio de la Sífilis que aprobó el subsidio de investigación para Guatemala.</p> <p>Solicitó la toma de fotografías durante los experimentos.</p> <p>Recibió los informes sobre los experimentos del Dr. Cutler.</p> <p>Visitó el sitio en Guatemala, al menos, una vez en abril de 1947.</p>

Tabla 2: Personas involucradas en los experimentos con STD en Guatemala

NOMBRE	MEMBRECÍA	CARGO	ROL CONOCIDO EN LOS EXPERIMENTOS EN GUATEMALA
Dr. Levitan, Sacha	USPHS/PASB, Guatemala	Cirujano de alto rango en el USPHS. Director asistente de la investigación sobre las STD en Guatemala	Participante activo en los experimentos de exposición intencional.
Dr. Luna, Abel Paredes	Ministerio de Salud Pública de Guatemala	Médico del Servicio de Salud Pública de Guatemala y la PASB.	Después del experimento en Guatemala, se le otorgó una beca en Staten Island y estudió con el Dr. Mahoney.
Dr. Mahoney, John F.	USPHS, VDRL, NIH, Sección de Estudio de la Sífilis	Director del VDRL (1929 - 1949).	Miembro de la Sección de Estudio de la Sífilis que aprobó el subsidio de investigación para Guatemala. Supervisor principal de los experimentos. Recibió los informes sobre los experimentos del Dr. Cutler. Visitó el sitio en Guatemala, al menos, una vez en abril de 1947.
Dr. Maza, Raul	Hospital Militar del Ejército Nacional de la Revolución de Guatemala.		Tuvo participación activa en los experimentos de exposición intencional.
Dr. Moore, Joseph E.	NIH, Sección de Estudio de la Sífilis. Presidente del Consejo Nacional de Investigaciones, Subcomité de Enfermedades Venéreas	Presidente de la Sección de Estudio de la Sífilis. Profesor adjunto de la Universidad Johns Hopkins.	Presidente de la Sección de Estudio de la Sífilis que aprobó el subsidio de investigación para Guatemala. Asesoró al Comité de Investigación Médica sobre la importancia de la investigación de la profilaxis.
Dr. Oliva, Joseph	Ejército Nacional de la Revolución de Guatemala	Coronel	Participante en los experimentos con sífilis.
Dr. Parran, Thomas	USPHS	Cirujano general estadounidense (1936 - 1948).	Otorgó la aprobación final para el subsidio de investigación en Guatemala.
Portnoy, Joseph	USPHS/PASB, Guatemala	Serólogo del USPHS. Jefe del Laboratorio del USPHS de la ciudad de Guatemala (septiembre de 1946 - abril de 1948).	Participante en los experimentos con sífilis.

NOMBRE	MEMBRECÍA	CARGO	ROL CONOCIDO EN LOS EXPERIMENTOS EN GUATEMALA
Dr. Salvado, Carlos	Hospital Psiquiátrico Nacional de Guatemala	Director del Hospital. Asesor especial de la División de Enfermedades Venéreas de la Agencia de Servicios Estatales, USPHS, con supervisión de la PASB (diciembre de 1948 – mayo de 1950).	Invitó a los investigadores a realizar estudios de investigación en el Hospital psiquiátrico. Participante activo en los experimentos de exposición intencional. Estuvo involucrado en la continuación de la recolección de datos de los sujetos hasta 1953.
Dr. Spoto, Joseph	USPHS, PASB, Guatemala y USPHS, Washington D. C.	Jefe asistente de la División de Enfermedades Venéreas, USPHS (1947 - 1948) Jefe de la Oficina de la PASB en Guatemala (1945 - 1946)	Facilitó la construcción de la PASB y otras actividades al comienzo de la investigación. Les presentó los investigadores a los funcionarios guatemaltecos que colaboraron con los experimentos.
Stout, Genevieve	USPHS/PASB, Guatemala	Seróloga del USPHS. Directora del Laboratorio de Enfermedades Venéreas y Centro de Capacitación de ciudad de Guatemala (Guatemala) (agosto de 1948 - agosto de 1951).	Lideró el laboratorio de la PASB después de la partida del Dr. Cutler. Realizó otros trabajos en serología en la población de Guatemala.
Dr. Tejeda, Carlos E.	Ejército Nacional de la Revolución de Guatemala	Coronel, Jefe del Departamento Médico del ejército.	Participante activo en los experimentos de exposición intencional. Estuvo involucrado en la continuación de la recolección de datos de los sujetos hasta 1953.
Dr. Van Slyke, Cassius J.	USPHS, NIH	Director médico del USPHS. Jefe de la Oficina de Subsidios para la Investigación del NIH (1946 - 1948).	Aprobó el subsidio para la investigación en Guatemala. Visitó el sitio en Guatemala, al menos, una vez en abril de 1947.
Walker, Alice	USPHS/PASB, Guatemala	Bacterióloga del USPHS	Trabajó en el laboratorio.

Tabla 3: Cronología de todos los experimentos en Guatemala

1946			
MES	UBICACIÓN	PRUEBA	
Febrero			La Sección de Estudio de la Sífilis de los NIH recomienda la investigación de las STD en Guatemala.
Marzo			Asamblea del Consejo Nacional Asesor de Salud que aprobó la propuesta que se convirtió en el “Subsidio de investigación n.º 65 (RG-65)”.
Abril			PASB
Agosto			El Dr. Cutler llega a Guatemala.
			Los funcionarios de la PASB firman acuerdos con el gobierno de Guatemala.
	Penitenciaría Ejército		Comienzan los programas de tratamiento.
Noviembre	Penitentiary	Serología	Comienzan los estudios
Diciembre			“El cirujano general [Parran] ha adquirido un gran interés en el proyecto de Guatemala”.
1947			
Febrero	Ejército	Gonorrea	Primer experimento de exposición intencional.
			El Dr. Arnold visita Guatemala.
Abril			Los doctores Mahoney, Heller y Van Slyke visitan Guatemala.
			El New York Times publica que los experimentos de infección intencional de seres humanos con sífilis son “éticamente imposibles”.
	Ejército	Gonorrea	Primer experimento de inoculación artificial (inoculación profunda).
Mayo	Penitenciaría	Sífilis	Primer experimento de exposición normal que involucró a trabajadoras sexuales.
	Hospital	Sífilis	Primer experimento de inoculación artificial.
	Penitenciaría	Sífilis	Primer experimento de inoculación artificial.
	Escolares	Serología	Comienzan los estudios.
	Orfanato	Serología	Comienzan los estudios.
Junio			El Dr. Cutler expresa su preocupación por si la persona incorrecta descubre los experimentos “puede echarlo por tierra total o parcialmente”, entonces propone comenzar a enviar a la PASB “los informes más básicos de nuestro progreso”.
Agosto	Hospital	Sífilis	Primer experimento de abrasión.
Septiembre			El Dr. Mahoney le dice al Dr. Cutler que los métodos de abrasión son “drásticos”.

1948			
MES	UBICACIÓN	PRUEBA	
Abril			Segundo Congreso de Enfermedades Venéreas en Centroamérica; el Dr. Arnold hace una visita y se presenta.
Junio			Fecha original de finalización del RG-65(c); se concede una extensión.
Julio	Ejército	Gonorrea	Último experimento.
Agosto			Stout llega para hacerse cargo de la administración del Laboratorio de Enfermedades Venéreas y Centro de Capacitación.
Septiembre			El Dr. Mahoney se rehúsa a considerar una extensión del subsidio.
	Penitenciaria	Sífilis	Último experimento.
Octubre	Hospital	Chancroide	Experimento de inoculación artificial.
	Ejército	Chancroide	Experimento de inoculación artificial.
Diciembre			Fin de la extensión del RG-65(c); el Dr. Cutler abandona Guatemala.
1949			
Agosto	Orfanato	Serología	Finaliza el estudio.
1951			
Agosto			Stout abandona Guatemala.
1952			
Septiembre			Se distribuye el informe del experimento con chancroide.
Octubre			Se prepara el Informe sobre los Estudios Experimentales con Gonorrea.
1953			
Abril	Hospital	Serology	El Dr. Cutler recibe especímenes de parte del Dr. Funes, tomados de observaciones continuas.
1955			
Febrero			Se prepara el Informe final sobre sífilis.

Tabla 4: Información específica de los sujetos y la población¹

	TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES	SOLDADOS	PRISIONEROS ²	HUÉRFANOS, ESCOLARES, “INDÍGENAS” Y NIÑOS “LADINOS”	PACIENTES LEPROSOS	PACIENTES PSIQUIÁTRICOS	MILITARES ESTADOUNIDENSES EN GUATEMALA	NO ESPECIFICADO ³	TOTAL
Sujetos identificados, ya sea por el total o por el nombre en los Documentos de Cutler y artículos correspondientes. ⁴									
Cantidad de sujetos	14	1017	976	1384	51	716	23	1359	5540
Rango etario, media (modo) ⁵	16-18 17 (16, 18)	10-72 22 (20)	15-62 29 (22)	1-18 No disponible	No disponible	14-58 29 (17)	No disponible	19-45 27 (19)	Range: 1-72 No disponible
Sujetos involucrados en la prueba de diagnóstico.									
Cantidad de sujetos	14	897	842	1384	51	642	23	1275	5128
Sujetos que recibieron alguna forma de tratamiento para las STD.									
Cantidad de sujetos	0 ⁶	309	139	3	No disponible	334	No disponible	35	820
Sujetos expuestos a alguna STD/Cantidad de sujetos expuestos que recibieron alguna forma de tratamiento para una STD ⁸									
Gonorrea	4/0	518/202	0	N/C	N/C	50/32	N/C	10/3	582/237
Sífilis	5/0	0	219/92	N/C	N/C	446/294	N/C	18/2	688/388
Chancroide	0	81/81	0	N/C	N/C	41/39	N/C	11/11	133/131
Total de sujetos	6/0	558/242	219/92	N/C	N/C	486/328	N/C	39/16	1308/678

¹ Para obtener más información sobre los métodos y las limitaciones, consulte el “Apéndice IV: Métodos para la creación de bases de datos de sujetos”.

² En estas cifras, se incluye a numerosos guardias de la prisión.

³ Incluye a mujeres derivadas por el Dr. Funes, el Dr. Galich o el Hospital de Profilaxis Sexual y de Enfermedades Venéreas, donde se les pedía a las trabajadoras sexuales comerciales que se presentaran dos veces por semana para las pruebas y el tratamiento de las STD.

⁴ Incluye a personas que pueden haber estado en la lista de los Documentos de Cutler con fines no relacionados con la investigación (p. ej., atención médica general, derivadas para la inscripción, etc.).

⁵ Rango etario, media y modo según las edades que estaban disponibles. En los Documentos de Cutler, no se registraron ni estaban disponibles todas las edades de los sujetos.

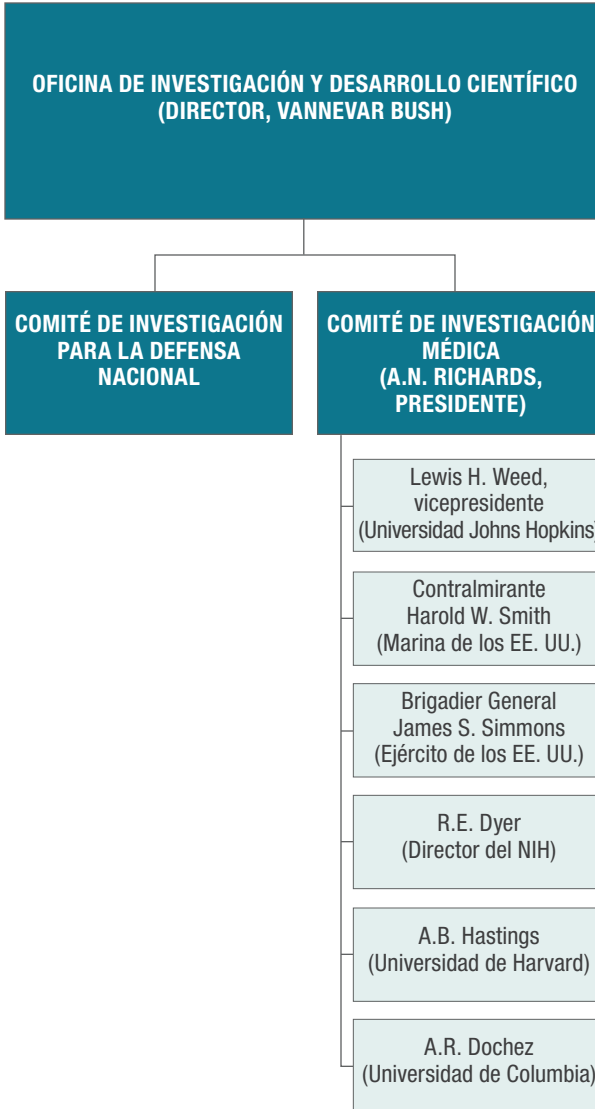
⁶ No había información clara sobre el tratamiento de ninguna de las trabajadoras sexuales comerciales.

⁷ Incluye a todos los sujetos expuestos a una STD, ya sea que los datos adicionales indicaran o no que el sujeto estaba infectado realmente con la STD.

⁸ Incluye a todos los sujetos que fueron expuestos a una STD y recibieron alguna forma de tratamiento, ya sea que los datos adicionales indicaran o no que el sujeto estaba infectado realmente con la STD. Si bien algunos sujetos fueron expuestos a una STD varias veces, eran incluidos en la columna de “tratamiento” si recibían tratamiento, al menos, una vez por una exposición. En el caso de la sífilis, la Comisión consideró que la penicilina administrada dentro de los veintidós días de la exposición se consideraba profilaxis, y la penicilina administrada al cabo de los veintidós días de la exposición se consideraba tratamiento. Para obtener más información, consulte el “Apéndice IX: Métodos para la creación de bases de datos de sujeto.”

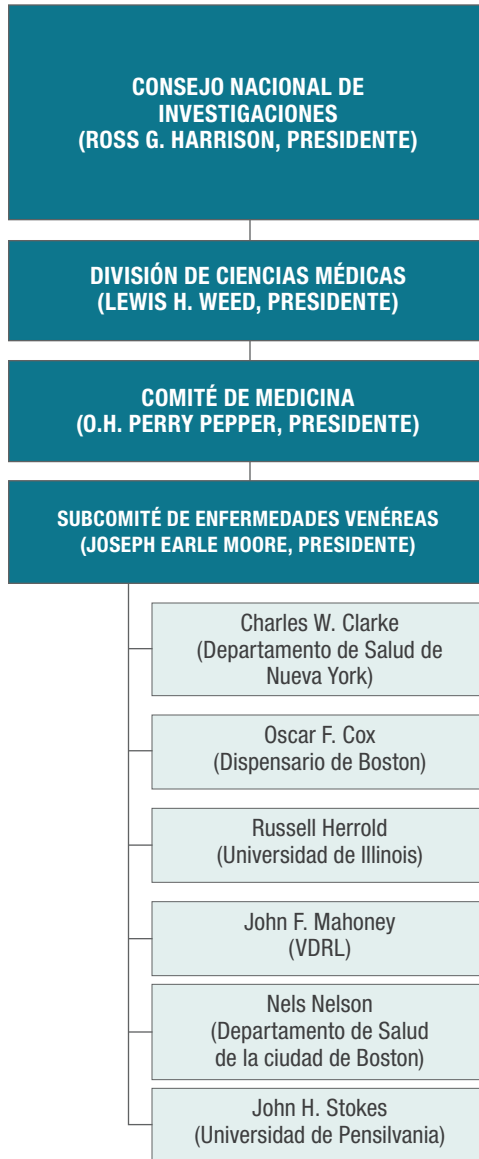
	TRABAJADORAS SEXUALES COMERCIALES	EJÉRCITO GUATEMALTECO	PENITENCIARÍA	HUÉRFANOS Y ESCOLARES	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
Métodos de inoculación					
Gonorrea	Aplicación en el cuello uterino	Contacto sexual con trabajadoras sexuales comerciales infectadas. Inoculación dentro del pene. Inoculación dentro del pene después de la exposición sexual.	Ninguno.	Ninguno.	Inoculación dentro de la uretra. Inoculación del recto. Inoculación de los ojos.
Sífilis	Inyección en el cuello uterino.	Ninguno.	Contacto sexual con trabajadoras sexuales comerciales infectadas. Inyección.	Ninguno.	Inyección. Inoculación por contacto con el pene. Abrasión de la piel y el pene. Ingestión oral. Punción cisternal.
Chancroide	Ninguno.	Abrasión y frotación del inóculo en brazos y espalda.	Ninguno.	Ninguno.	Abrasión y frotación del inóculo en brazos y espalda.

Figura 1: Organigrama de la Oficina de Investigación y Desarrollo Científico



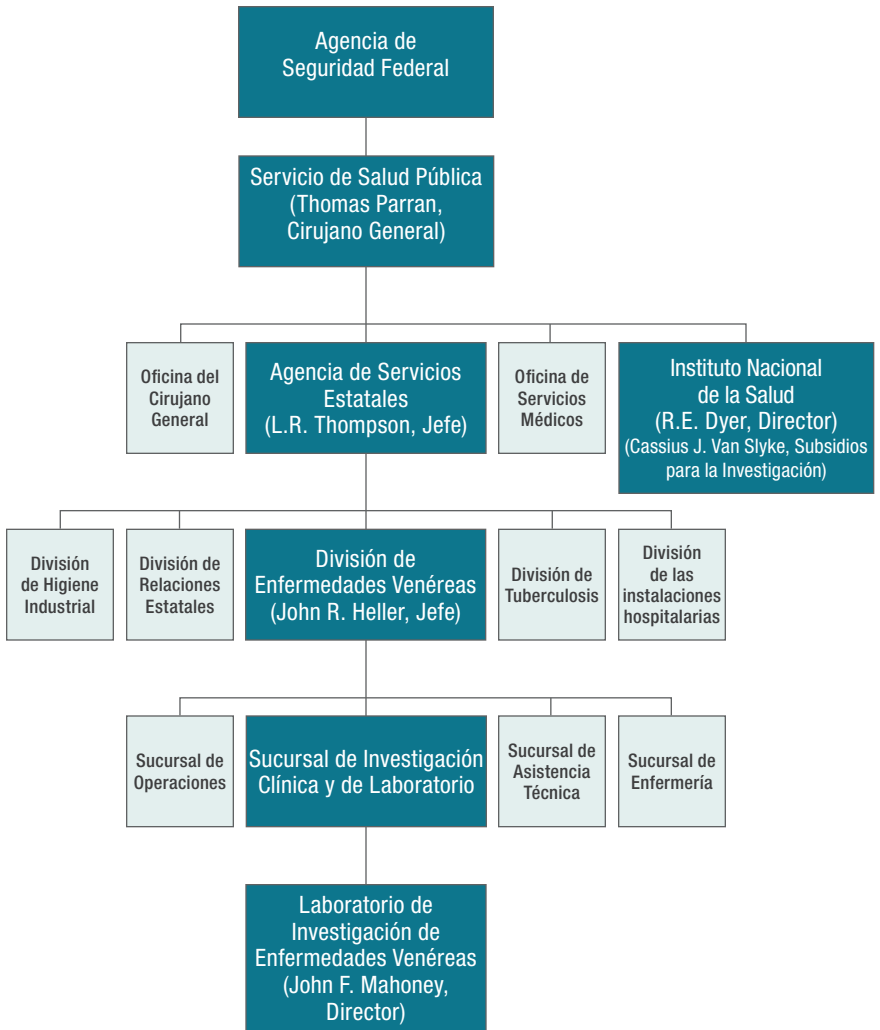
Fuentes: Primera versión del capítulo propuesto del CMR de la historia administrativa de la OSRD de Irvin Stewart. (12 de enero de 1945). Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000354; Lockwood, J.S. (agosto de 1946). Actividades del tiempo de guerra del Consejo Nacional de Investigaciones y el Comité de Investigación Médica, con referencias particulares al trabajo en equipo en los estudios de heridas y quemaduras. *Annals of Surgery* 124(2):314-315.

Figura 2: Organigrama del Consejo Nacional de Investigaciones



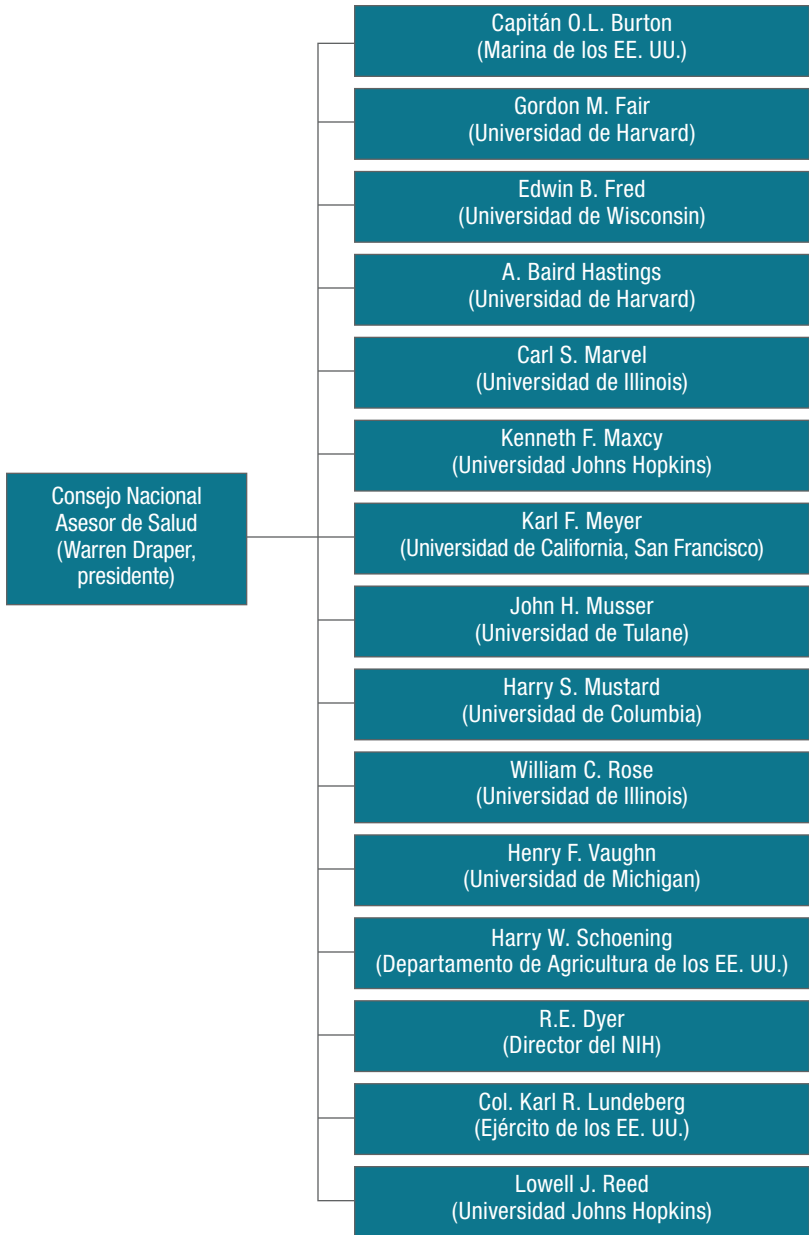
Fuentes: De Lewis H. Weed a Charles Taft, (6 de noviembre de 1943). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NAS_0000458; de O.H. Perry Pepper a E.H. Cushing (29 de mayo de 1942). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NAS_0000540; de E.H. Cushing a Robert L. Dickinson (9 de diciembre de 1942). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NAS_0000446.

Figura 3: Organigrama del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de 1946



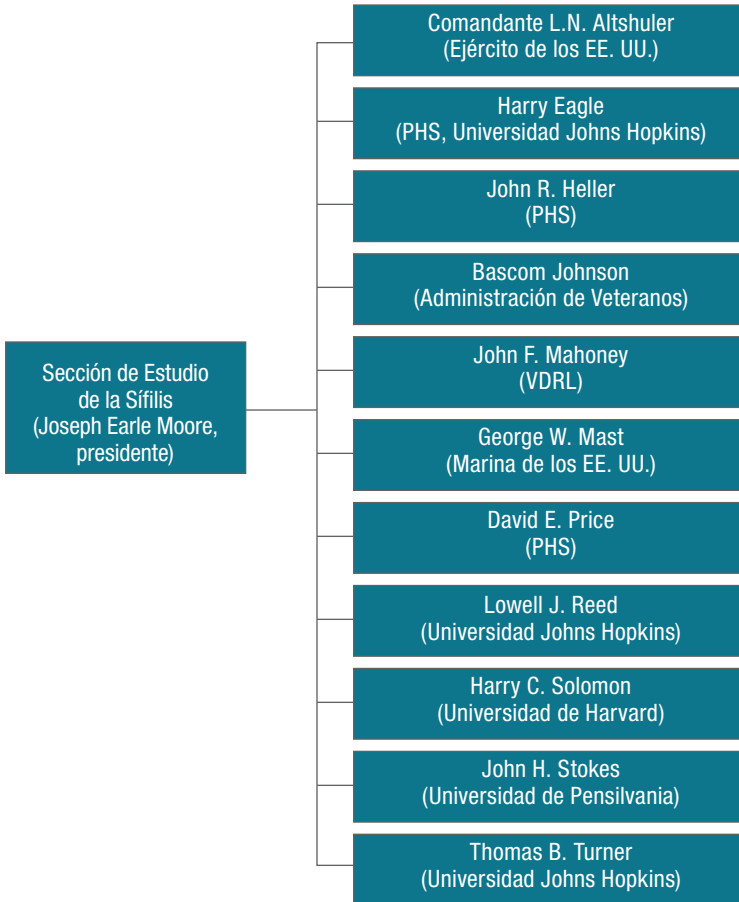
Fuentes: Ley del Servicio de Salud Pública de 1944, Ley Pública n.º 78-410, 58 Decreto 682.; División de Capacitación, Centro de Enfermedades Contagiosas, Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos. (15 de enero de 1947). Organización y Funciones del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-SE_0000148.; Archivos de PCSBI HSPI, MISC_0000909.; aviso de acción del personal de la Agencia de Seguridad Federal (1946). Archivos de PCSBI HSPI, NPRC_0001673.

Figura 4: Organigrama del Consejo Nacional Asesor de Salud, diciembre de 1946



Fuentes: Asamblea del Consejo Nacional Asesor de Salud del Servicio de Salud Pública de los EE. UU. (8 y 9 de marzo de 1946). Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000544; Van Slyke, C. J. (13 de diciembre de 1946). New horizons in medical research. Science 104(2711): 567.

Figura 5: Organigrama de la Sección de Estudios de la Sífilis



Fuente: Van Slyke, C.J. (13 de diciembre de 1946). New horizons in medical research. Science 104(2711):567.

Figura 6: Objetivos de los experimentos de exposición intencional con el paso del tiempo

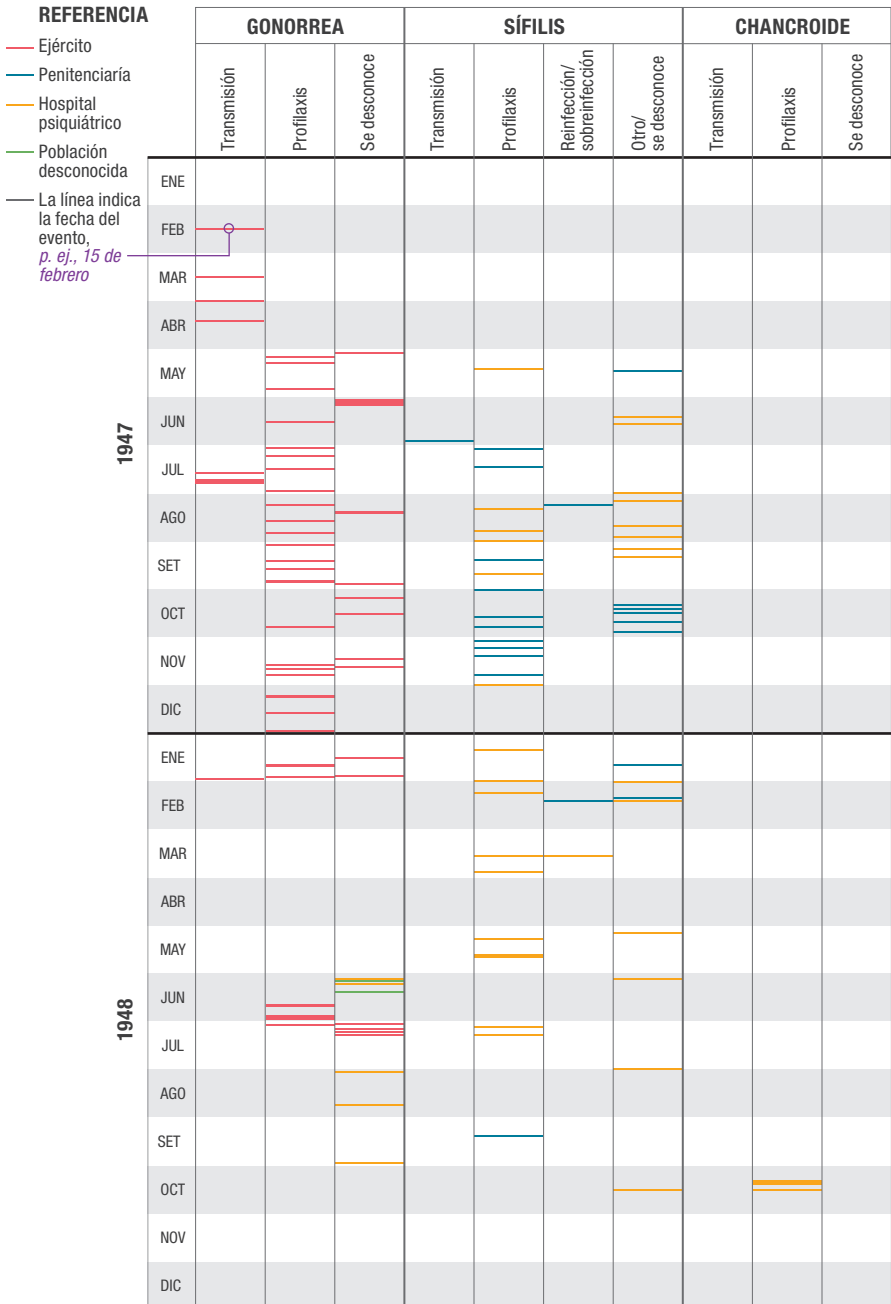


Figura 7: Experimentos de exposición intencional con el paso del tiempo

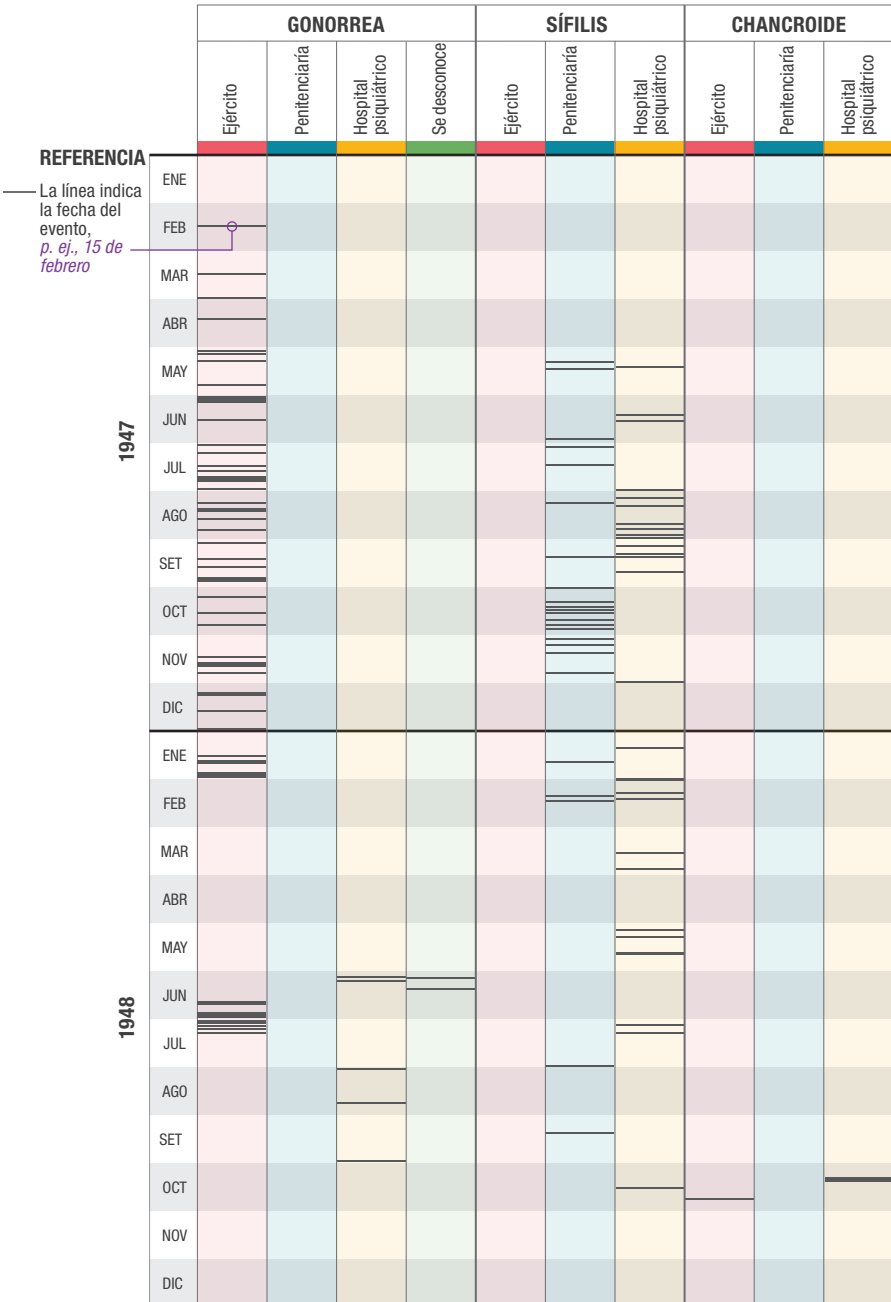
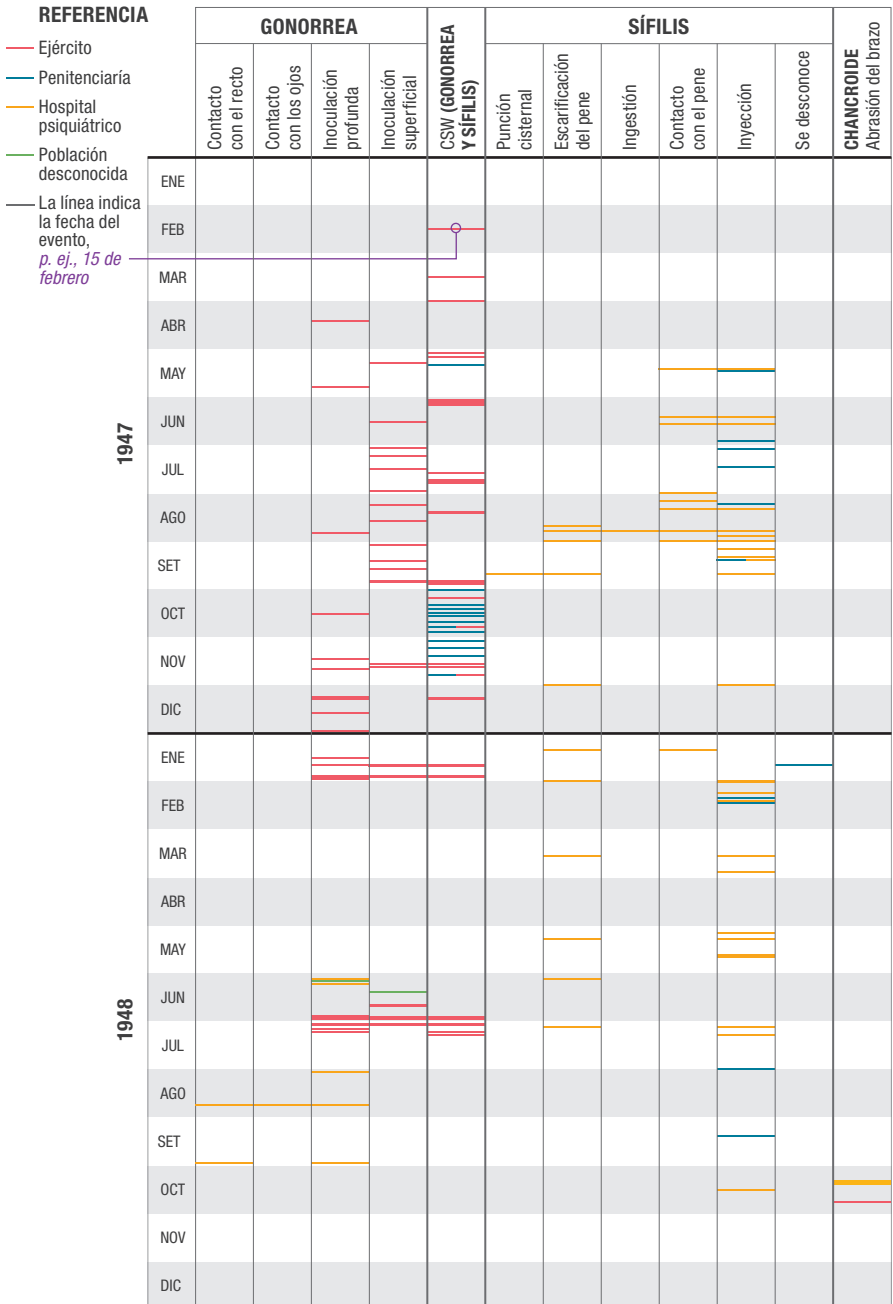


Figura 8: Métodos de exposición con el paso del tiempo



GLOSSARIO DE TÉRMINOS CLAVE

Absceso: acumulación de pus que, habitualmente, causa hinchazón e inflamación a su alrededor.

Anticonvulsivo: medicamento utilizado para tratar o prevenir convulsiones.

Anticuerpo: una proteína producida por el sistema inmunitario del cuerpo cuando se reconocen sustancias extrañas, denominadas antígenos.

Bismuto: elemento metálico similar al arsénico que se utiliza, a menudo, en compuestos farmacéuticos.

Cepa Frew: una de las cepas del material infeccioso utilizado por el Dr. Cutler y sus colegas para los experimentos con sífilis.

Cepa Nichols: una de las cepas del material infeccioso utilizado por el Dr. Cutler y sus colegas para los experimentos con sífilis.

Chancro hunteriano: otro término utilizado para denominar a un chancro “típico” producido por la sífilis, es decir, uno que es aislado, ovalado o redondo y que tiene una base firme, una superficie convexa y un borde hemorrágico.

Chancro: úlcera que se forma en el lugar de la infección en las primeras etapas de la sífilis.

Chancroide: enfermedad bacteriana causada por la bacteria *Haemophilus ducreyi* que se contagia por contacto sexual. Se caracteriza por la presencia de bultos que se transforman en úlceras.

Compresa: pequeño pedazo de material absorbente utilizado para cubrir una herida o úlcera en el cuerpo.

Compuestos de sulfonamida (entre ellos la sulfanilamida y el sulfatiazol): medicamento antibacteriano antiguo utilizado para tratar la gonorrea antes de la llegada de la penicilina.

Conjuntiva: membrana de color claro que recubre el interior del párpado y cubre el globo ocular.

Cuello uterino: abertura del útero.

Cutáneo: relativo a la piel.

Distal: lejos del centro del cuerpo.

Dorso del pene: superficie superior del pene.

Duracillin: sal de la procaína de la penicilina en una base de aceite de maní.

Enfermedad inflamatoria pélvica: infección del útero, las trompas de Falopio y otros órganos reproductivos que puede causar dolor abdominal, embarazo ectópico y esterilidad.

Enfermedades de transmisión sexual (STD): enfermedades que se contagian mediante el contacto sexual (vaginal, oral o anal).

Espiroqueta: bacteria en forma de espiral. La sífilis se encuentra dentro de las enfermedades causadas por espiroquetas.

Espiroquetal: causado o compuesto por espiroquetas.

Excoriación: raspado de la capa superficial de la piel con el fin de facilitar la transmisión de una enfermedad.

Fosa navicular: porción dilatada de la uretra que se encuentra en la cabeza del pene.

Frenillo del pene: franja de tejido elástica que conecta el glande del pene con el prepucio y ayuda a retraer el prepucio del glande.

Glande del pene: cabeza del pene.

Gonorrea: enfermedad contagiosa causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*. Se transmite, principalmente, por contacto sexual con un individuo infectado.

Histológico: relativo a la anatomía microscópica, como por ejemplo tejidos y células del cuerpo.

Hospital de leproso: hospital para pacientes con lepra.

Inmunidad: resistencia a una enfermedad particular.

Inocular: introducir un organismo en el cuerpo, como una bacteria.

Inóculo: sustancia utilizada para la inoculación.

Intradérmico: administrado dentro de la piel.

Intrauretral: introducido en la uretra.

Intravenoso: administrado dentro de una vena.

Lepra (enfermedad de Hansen): infección bacteriana crónica producida por la bacteria *Mycobacterium leprae* y caracterizada por lesiones en la piel.

Lesión: cambio anormal en una parte del cuerpo, especialmente una parte bien definida y delimitada, producido por una infección o herida.

Líquido cefalorraquídeo: líquido de color claro que es secretado por la sangre dentro de los ventrículos del cerebro y cuya función es mantener una presión uniforme dentro del cerebro y la médula espinal.

Mal del Pinto: infección bacteriana causada por *Treponema pallidum* carateum.

Malaria: enfermedad parasitaria transmitida por mosquitos y caracterizada por ataques periódicos de fiebre y escalofríos.

Meato: abertura de la uretra.

Medidas médicas de prevención: la palabra utilizada para describir estas medidas es “profilaxis”. Este término incluía los pasos que se realizaban después de la exposición sexual, como el lavado y la aplicación de pomadas medicinales que contenían mercurio o compuestos arsénicos que evitarían la “seroconversión”, la infección diseminada evidenciada por la aparición de anticuerpos contra la bacteria en el flujo sanguíneo.

Meningitis: enfermedad causada por la inflamación de las membranas que cubren el cerebro y la médula espinal conocidas con el nombre de meninges. Esta enfermedad puede ser causada por virus o bacterias. La variedad bacteriana es, típicamente, más grave. La meningitis se caracteriza por fiebre, cefalea y una rigidez de nuca. Algunas veces es mortal.

Microbiólogo: científico que se especializa en la rama de la biología que se encarga de los organismos microscópicos.

Mucosa: membrana mucosa.

Neisseria gonorrhoeae: bacteria que causa gonorrea.

Oncocercosis (ceguera de los ríos): enfermedad parasitaria transmitida por la mosca negra que se caracteriza por ceguera.

Orvus-mapharsen: solución acuosa constituida por un 1 % de orvus (sulfato de alquilarilo) y un 0,15 % de mapharsen. Se supone que se aplicaba después de mantener relaciones sexuales para evitar la infección.

Patógeno zoonótico: infección del ser humano que proviene de una fuente animal.

Peniano: relativo al pene o que afecta a este órgano.

Penicilina: antibiótico que se obtiene mediante el moho *Penicillium* o que se produce sintéticamente. Se utiliza para tratar diferentes enfermedades e infecciones.

Placebo: sustancia inactiva que se proporciona en lugar de un tratamiento, utilizada, a menudo, como control en un experimento farmacéutico.

POB: preparado de penicilina en un medio de aceite de maní y cera de abejas para garantizar una liberación lenta y continua.

Prepucio: piel que cubre la cabeza del pene.

Profilaxis posterior a la exposición: profilaxis diseñada para utilizarse después de la exposición a una infección.

Profilaxis química: agente químico utilizado como tratamiento preventivo o de protección contra enfermedades.

Profilaxis: medida preventiva contra una enfermedad o afección.

Proteinato de plata: ingrediente activo presente en uno de los regímenes de profilaxis posterior a la exposición utilizados para la gonorrea.

Prueba de Kahn: una de las pruebas serológicas para la detección de la sífilis utilizada por el Dr. Cutler y sus colegas.

Prueba de Mazzini: una de las pruebas serológicas para la detección de la sífilis utilizada por el Dr. Cutler y sus colegas.

Punción cisternal (tipo de punción lumbar): extracción de líquido cefalorraquídeo de la parte posterior del cráneo.

Punción lumbar: punción que se realiza en el espacio que se encuentra entre las vértebras ubicadas en la parte baja de la espalda para extraer líquido cefalorraquídeo.

Quimioterapia: uso de agentes químicos para el tratamiento de una enfermedad.

Recto: porción del intestino ubicada entre el colon y el ano.

Salvarsán: compuesto a base de arsénico utilizado en el tratamiento de la sífilis.

Serológico: relacionado con el suero sanguíneo, especialmente con respecto a sus reacciones y propiedades.

Serólogos: científicos que se especializan en las reacciones y las propiedades del suero sanguíneo.

Seronegativo: tener una reacción serológica negativa, especialmente con respecto a una prueba de un anticuerpo determinado.

Seropositivo: tener un resultado positivo de una prueba serológica para detectar una enfermedad, en este caso, la sífilis.

Sífilis congénita: enfermedad bacteriana causada por la bacteria *Treponema pallidum* que se transfiere de madre a hijo durante el embarazo o al nacer.

Sífilis: enfermedad contagiosa causada por la bacteria *Treponema pallidum*. Se transmite, principalmente, mediante contacto sexual y se caracteriza por úlceras identificables y no identificables.

Sifilógrafo: médico que se especializa en el estudio de la sífilis.

Sifiloma: tumor causado por la infección con sífilis.

Sintomático: presentar síntomas asociados a una enfermedad.

Sobreinfectar: infectar con una cepa adicional de una enfermedad que ya está presente.

Solución de argirol: antiséptico que contiene un compuesto de proteína y plata.

Submucoso: introducido debajo de la membrana mucosa.

Suero: líquido de color claro que queda del plasma sanguíneo después de que los factores de coagulación (como el fibrinógeno) se han eliminado mediante el proceso de formación de coágulos.

Sulfato de alquilarilo: componente de la solución orvus-mapharsen a base de azufre.

Surco (o corona) del pene: surco en la superficie del pene.

Tifus: enfermedad potencialmente mortal que se transmite a través de pulgas y piojos, y que es causada por un tipo de bacteria.

Treponema pallidum: bacteria que causa sífilis.

Tronco cerebral: parte del encéfalo que conecta la médula espinal con el prosencéfalo y el cerebro.

Tuberculosis: infección bacteriana causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*. Se caracteriza por expectoración con sangre, debilidad y cansancio, fiebre, escalofríos y sudor nocturno.

Ungüento de calomelanos: sustancia utilizada por el Ejército y la Marina de los EE. UU. como profilaxis contra la sífilis después de la exposición.

Uretra: conducto por el cual se elimina la orina de la vejiga urinaria y, en el caso del hombre, permite, además, el paso del semen hacia el exterior del cuerpo.

Vector: organismo, como por ejemplo un mosquito, que transmite un patógeno que causa una enfermedad.

APÉNDICE

Apéndice I: Formulario de renuncia propuesto en preparación para los experimentos de Terre Haute

STATEMENT OF EXPLANATION OF THE EXPERIMENT AND ITS RISKS TO TENTATIVE VOLUNTEERS

The following is a suggested explanation to be given to volunteers solicited for the study. This should be reviewed and if necessary amended by counsel for CMR and by legal authority in the States in which experimentation is proposed.

"The study which we plan to carry on here, and for which we have asked your cooperation, is concerned with gonorrhœa. You may also know this disease as the 'clap', 'strain', or the 'running rashes'. Some of you have had the infection at some time in the past, or perhaps several times, and you know that it did not make you seriously sick. Recently a simple, dependable treatment has been discovered which consists of a drug taken in the form of pills.

"What we propose to try now is to develop certain methods of preventing the disease in men who are exposed to it. Gonorrhœa causes a great loss of time in the Army and Navy, and one of the important medical problems today is to discover how to prevent it in the armed forces. We believe that we have effective methods of doing this, but we cannot know for certain until they have been tested on men. It is not possible to use animals for this purpose because they are not susceptible to gonorrhœa. Therefore, we are calling on you for your cooperation. This is one way in which you can specifically help in the war effort. The benefits will not be limited to the armed forces but will be applied to the civil population as well, and it is very likely that you and your families might later profit from them.

"In the first place, I want to assure you that so far as we are able to discover, there is no reason to expect any injury from this treatment, but one cannot predict with positiveness that the result in all cases will be the same. Certain of the men may develop signs of gonorrhœa, but in almost every instance they will disappear within a few days after treatment. Most of you, however, will have no disease whatever.

"The general plan of the study is as follows:- First, you will be examined to be certain that you do not now have gonorrhœa. Those of you who are now or have recently been infected will not be accepted for the study. Then we will test methods of prevention (prophylaxis) for use in the Army and Navy, in order to determine if they will prevent the disease after exposure to the infection.

"One group of men will be given the drug sulfathiazole in the form of pills as a preventive. This will be given at different times before and after exposure to the infection, which will be carried out by applying the germ to the end of the penis. Another group will first be exposed to the infection in the same manner and shortly after will be given a prophylactic treatment. This consists of applying an ointment to the inside and outside of the penis. A third group will be exposed to the infection and later treated with sulfathiazole, if signs of the disease should develop.

Declaración de la explicación del experimento y sus riesgos a posibles voluntarios. (s. f.) Reproducida en el Acta de una conferencia sobre la experimentación con gonorrea en seres humanos llevada a cabo con el auspicio del Subcomité de Enfermedades Venéreas. (29 de diciembre de 1942). Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000173-76.

Apéndice I: Formulario de renuncia propuesto en preparación para los experimentos de Terre Haute

-3-

"statement of procedure, ^{+ potential risks involved} which I have signed to evidence such fact.

"I hereby assume all risks of such tests and, acting for myself, my heirs, personal representatives, and assigns, do hereby release

_____ and their personnel, and all
(institutions)
others from all liability, including claims and suits at law or in equity, for any injury, fatal or otherwise, which may result from the tests.

Witnesses: _____ (signature)
_____ (date)

OFFICER IN CHARGE

Consent is hereby given for the above named inmate to participate in the investigation of prophylaxis for gonorrhoea.

(Signature of officer in charge) "

Apéndice II: Fragmento del informe de los experimentos con chancroide

CHANCROID EXPERIMENT

Date: Saturday, October 23, 1948.

On Tuesday, October 19 a tube of lyophilized Ducey bacillus dated 9-20-48 H.V. was opened, 1cc of distilled water was added and the material was streaked onto agar slants prepared using the VMH medium adjusted to PH 7.4 to which 1-1/2 cc of defibrinated fresh rabbits blood was added just prior to inoculation. The material showed good growth and on Saturday, October 23 at 5:30 A.M. the cultures were scraped off the slants into the supernatant blood, which was transferred into a vial with sterile glass beads, the material was well agitated to break up the clumps of bacteria. The material was applied from a tuberculin syringe through a 25 gauge needle, and approximately 0.1cc of the material was put onto each site. The first patient received the application of the material at 6:30 A.M. While the last patient received the material at 7:35 A.M. The material was assayed and cultured following the last application and the material was found to be positive. 137 patients from the Regimiento Heterocondado of the Guardia de Honor were used as subjects. On the right arm and left arm, outer aspects, and in the left supra scapular area a 1/2" scratch was made by a 20 gauge hypodermic needle. The scratch was made just deep enough to draw blood. The right arm scratch was made by Dr. [redacted], the left arm by Dr. [redacted] and the shoulder area for a control by Dr. [redacted]. As soon as the scratch was made a 0.1cc of the inoculum was placed on the abraded area and gently rubbed in by the flat surface of another needle. The patients were not allowed to wash following the inoculation and the shirt was not put on until the area had dried. At 1 hour, 2 hours, and 4 hours after inoculation the prophylaxis was applied as indicated on the worksheet.

Rock prophylaxis was freshly made up just before use to 1000 cc of water (10 gms. of Brait and 1.44 gms. of Napharsen were added). The prophylaxis was applied by the gloved hand of the physician, arm was rubbed in for 30 seconds, using the material that remained on the glove which was frequently dipped into the solution. The RGA pro was applied by Dr. [redacted] and [redacted] to the right arm.

The left arm was treated by the standard U.S. Army Pro-Kit, Item No. 9118000, Lot No. V 45) being rubbed in for 30 seconds by the gloved hand of the physicians (Dr. [redacted] and [redacted]). Each patient received simultaneous application of the RGA and Army prophylactic for the same length of time and at the time interval listed below.

6:30 A.M.	Inoculation started
7:35 A.M.	Inoculation completed
7:30 A.M.	Prophylaxis started for first group) No. 1 through 41. ✓
7:53 A.M.	" finished
8:53 A.M.	Prophylaxis started on second group - 2 hours after inoculation
9:08 A.M.	Prophylaxis completed on second group - Nos. 42 through 83. ✓
11:15 A.M.	Prophylaxis started on third group - 3 hours after inoculation.
11:37 A.M.	Prophylaxis finished - Nos. 85 through 133.

Apéndice III: Métodos de investigación

El personal de la Comisión buscó ampliamente documentos relevantes desde 1935, diez años antes de la planificación inicial del trabajo en Guatemala, hasta 1956, un año después de que el Dr. Cutler terminara de preparar el informe final de los estudios. También se examinó bibliografía secundaria y registros adicionales a partir de este momento, específicamente relacionados con el Dr. Cutler, la exposición intencional y la investigación sobre las STD. El personal de la Comisión trabajó con archiveros, historiadores, funcionarios del gobierno y estudiosos de distintas partes del país.

Las búsquedas se llevaron a cabo en los siguientes lugares:

- Instituciones médicas Johns Hopkins, Baltimore (Maryland).
- Archivos Nacionales y Administración de Documentos en sus diferentes ubicaciones:
 - College Park (Maryland).
 - Morrow (Georgia).
 - St. Louis (Misuri).
- Academia Nacional de Ciencias, Washington (Distrito de Columbia).
- Biblioteca Nacional de Medicina, Bethesda (Maryland).
- Archivos Municipales de la Ciudad de Nueva York, Nueva York (Nueva York).
- Biblioteca de la oficina central de la Organización Panamericana de la Salud, Washington (Distrito de Columbia).
- Universidad de Minnesota, Minneapolis (Minnesota).
- Universidad de Pensilvania, Centro Universitario de Registros y Archivos, Filadelfia (Pensilvania).
- Archivos de la Universidad de Pittsburgh, Pittsburgh (Pensilvania).
- Biblioteca de la Universidad de Virginia, Charlottesville (Virginia).

Además, el personal de la Comisión solicitó, concretamente, documentos de determinadas organismos gubernamentales y organizaciones no gubernamentales, como las que se mencionan a continuación:

Centro de Investigaciones Regionales de Mesoamérica (CIRMA): Fotografías y materiales históricos relacionados con las actividades o el personal del Servicio de Salud Pública de los EE. UU. en Guatemala en la década de 1940.

Archivos estatales de Misuri: registros relacionados con el Dr. Richard C. Arnold.

Archivos Nacionales y Administración de Documentos: registros relacionados con los experimentos realizados en Guatemala por los funcionarios del PHS de los EE. UU. entre 1946 y 1948; cualquier documento relacionado con la Administración de Seguridad Federal, la Agencia de Servicios Estatales, el PHS de los EE. UU., la División de Enfermedades Venéreas entre 1935 y 1955 y registros personales de L.N. Altshuler, Casta Luis Aguilar, Richard C. Arnold, Theodore J. Bauer, Frederick J. Brady, Opal Christopherson, G. Robert Coatney, Hugh Cumming Sr., John C. Cutler, Harry Eagle, Juan M. Funes, Virginia Lee Harding, Elliot L. Harlow, Ad Harris, John R. Heller, Bascom Johnson Jr., Henry C. Miller, Sacha Levitan, John F. Mahoney, George W. Mast, William J. McNally Jr., Joseph Earle Moore, John R. Murdoch, Thomas Parran, David E. Price, Joseph Portnoy, Lowell J. Reed, Carlos A. Salvado, Harry C. Solomon, Fred L. Soper, Joseph S. Spoto, John H. Stokes, Genevieve W. Stout, James D. Thayer, Thomas B. Turner, Cassius J. Van Slyke, Alice Walker y Margaret R. Zwalley.

Oficina de los Sistemas de Información sobre Investigación, Institutos Nacionales de la Salud (NIH): todos los registros relacionados con los experimentos realizados en Guatemala por los funcionarios del PHS de los EE. UU. entre 1946 y 1948, entre ellos cualquier registro relacionado con el financiamiento del Subsidio de investigación n.º 65, 65 (c) por parte de la División de Subsidios para la Investigación de los NIH.

Organización Panamericana de la Salud (PAHO): todos los registros relacionados con los experimentos realizados en Guatemala por los funcionarios del PHS de los EE. UU. entre 1946 y 1948, bajo el auspicio de la Oficina Sanitaria Panamericana (organización predecesora de la PAHO).

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional: todos los registros relacionados con los subsidios otorgados al Dr. John Cutler y las solicitudes de subsidios recibidas de él.

Departamentos de Defensa, Energía, Estado y Asuntos de Veteranos de los EE. UU.: todos los registros que se realizaron durante el período de publicación, que están relacionados con los siguientes temas:

1. Experimentos sobre STD realizados por los funcionarios del PHS de los EE. UU. en Guatemala entre 1946 y 1948.
2. Estudios clínicos financiados, aprobados, facilitados o coordinados por el Gobierno de los EE. UU. que:
 - a. estuvieron relacionados con la investigación sobre las STD.
 - b. incluyeron el uso de poblaciones vulnerables.
 - c. se llevaron a cabo de forma completa o parcial fuera de los Estados Unidos.
 - d. incluyeron el uso de protocolos de infección intencional.
3. Normas y convenciones éticas de la experimentación con sujetos humanos, especialmente las del período entre 1935 y 1955.
4. Cooperación entre la agencia y el PHS de los EE. UU., especialmente con respecto a las actividades que:
 - a. estuvieron relacionadas con la investigación sobre las STD.
 - b. incluyeron el uso de poblaciones vulnerables.
 - c. se llevaron a cabo de forma completa o parcial fuera de los Estados Unidos.
 - d. incluyeron el uso de protocolos de infección intencional.

Departamento de Justicia de los EE. UU.: todos los registros que se relacionan con el uso de prisioneros como sujetos en ensayos clínicos, especialmente aquellos ensayos que se llevaron a cabo en la penitenciaría federal de Terre Haute (entre 1942 y 1943) y en la prisión de Sing Sing (entre 1954 y 1956).

Asociación de Funcionarios Comisionados del Servicio de Salud Pública de los EE. UU.: registros relacionados con cualquier funcionario vivo del PHS de los EE. UU. que quizás haya tenido información de primera fuente del Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas del PHS de los EE. UU. durante el período en que los experimentos sobre STD estaban en vías de ejecución en Guatemala.

En total, el personal de la Comisión revisó más de 125.000 páginas de registros originales, 550 publicaciones y fuentes secundarias, y recolectó miles de documentos importantes. Los documentos recolectados de la investigación que realizó la Comisión están organizados de la siguiente forma:

Grupo de registros de PCSBI-HSPI n.º 1: Archivos Nacionales y Administración de Documentos (NARA): Región sudeste de NARA (Morrow, Georgia)

- Grupo de registros de NARA 442: registros del Dr. John C. Cutler
- Grupo de registros de NARA 442: registros del PHS de los EE .UU.

Grupo de registros de PCSBI-HSPI n.º 2: instalación de NARA-II (College Park, Maryland)

- Grupo de registros de NARA 59: Registros Generales del Departamento de Estado
- Grupo de registros de NARA 84: Registros del Servicio Exterior del Departamento de Estado
- Grupo de registros de NARA 220: Registros de la Comisión Asesora sobre Experimentos con Radiación en Seres Humanos
- Grupo de registros de NARA 227: Registros de la Oficina de Investigación y Desarrollo Científico
- Grupo de registros de NARA 229: Oficina de Asuntos Interamericanos
- Grupo de registros de NARA 443: Registros de la División de Subsidios para la Investigación de los NIH

Grupo de registros de PCSBI-HSPI n.º 3: Centro de Registros del Personal de NARA (St. Louis, Misuri).

- Registros del personal del gobierno de los EE. UU. de Richard C. Arnold, Theodore J. Bauer, Frederick J. Brady, G. Robert Coatney, Hugh Cumming, Sr., John C. Cutler, Harry Eagle, Juan M. Funes, Elliot L. Harlow, John R. Heller, Bascom Johnson, Jr., Sacha Levitan, John F. Mahoney, George W. Mast, William J. McNally, Jr., Joseph Earle Moore, Thomas Parran, Joseph Portnoy, Lowell J. Reed, Carlos A. Salvado, Harry C. Solomon, Fred L. Soper, Joseph S. Spoto, John H. Stokes, Genevieve W. Stout, Thomas B. Turner y Cassius J. Van Slyke.

Grupo de registros de PCSBI-HSPI n.º 4: Biblioteca de la oficina central de la Organización Panamericana de la Salud (Washington, Distrito de Columbia)

- Publicaciones de la Organización Mundial de la Salud
- Publicaciones de la Oficina Sanitaria Panamericana

Grupo de registros de PCSBI-HSPI n.º 5: Academia Nacional de Ciencias (Washington, Distrito de Columbia)

- Registros de los Comités Asesores de los cirujanos generales de los Departamentos de Defensa y de la Marina, y grupo de registros del Servicio de Salud Pública de los EE. UU. (también denominados Comités de Medicina Militar)
- Registros de la División del Consejo Nacional de Investigaciones de Ciencias Médicas
- Academia Nacional de Ciencias: grupo de registros de archivos sobre políticas centrales del Consejo Nacional de Investigaciones

Grupo de registros de PCSBI-HSPI n.º 6: Biblioteca Nacional de Medicina, Institutos Nacionales de la Salud (Washington, Distrito de Columbia)

- Archivos del Dr. Fred Soper
- Archivos del Dr. John C. Cutler
- Archivos del Dr. Thomas Parran
- Archivos de la Oficina del Historiador del PHS

Grupo de registros de PCSBI-HSPI n.º 7: Archivos de Alan Mason Chesney sobre las Instituciones médicas Johns Hopkins (Baltimore, Maryland)

- Colección de Thomas B. Turner
- Archivo biográfico: Dr. John C. Cutler
- Archivo biográfico: Dr. Harry Eagle
- Archivo biográfico: Dr. Joseph Earle Moore

Grupo de registros de PCSBI-HSPI n.º 8: Universidad de Pensilvania, Centro Universitario de Registros y Archivos (Filadelfia, Pensilvania)

- Escritos del Dr. A.N. Richards

Grupo de registros de PCSBI-HSPI n.º 9: Universidad de Pittsburgh (Pittsburgh, Pensilvania)

- Colección del Dr. Thomas Parran

Grupo de registros de PCSBI-HSPI n.º 10: Universidad de Minnesota, archivos históricos sobre el bienestar social (Minneapolis, Minnesota)

- Archivos de la Asociación Estadounidense de la Salud Social

Grupo de registros de PCSBI-HSPI n.º 11: diferentes registros recopilados por los organismos del gobierno de los EE. UU. en respuesta a las solicitudes de documento de la PCSBI

- Documentos de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

- Documentos del Departamento de Defensa de los EE. UU.
- Documentos del Departamento de Justicia de los EE. UU.
- Documentos del Departamento de Asuntos de Veteranos de los EE. UU.

Grupo de registros de PCSBI-HSPI n.º 12: documentos varios

- Documentos recolectados de diferentes fuentes que no se hayan indicado anteriormente, como la Oficina de los Sistemas de Información sobre Investigación de los NIH; el Centro de Investigaciones Regionales de Mesoamérica y recortes de diarios históricos de Guatemala.

Investigación en Guatemala

Martin Rangel, arqueólogo e investigador independiente de ciencias sociales en Guatemala, ayudó a la Comisión en la recolección de artículos periodísticos y materiales publicados históricos relevantes para los experimentos de exposición intencional. Estos materiales se conservan dentro de los archivos de PCSBI HSPI.

Asesores de la investigación

Durante el transcurso de la investigación, la Comisión recibió inestimablemente la ayuda de sus tres asesores principales: el Dr. Paul Lombardo, catedrático de Derecho de Bobby Lee Cook de la Universidad Estatal de Georgia; el Dr. Jonathan D. Moreno, catedrático universitario de Ética en David and Lyn Silfen University, catedrático de Ética Médica y Políticas Sanitarias, de Historia y Sociología de la Ciencia y de Filosofía en la Universidad de Pensilvania; y el Dr. Jeremy Sugarman, catedrático de Bioética y Medicina de Harvey M. Meyerhoff en la Universidad Johns Hopkins. Su liderazgo y conocimiento ayudaron a guiar la investigación y constituyeron un capital enorme al escribir el informe.

La Comisión también recibió aportes importantes y asesoría valiosa del Dr. Jonathan Zenilman, catedrático de la División de Enfermedades Infecciosas en la Facultad de Medicina de Johns Hopkins y en la Facultad de Salud Pública de Johns Hopkins, quien se desempeñó como asesor técnico de la investigación.

El personal de la Comisión también se benefició de la participación y la asesoría de muchos expertos externos y asesores informales. En muchos casos, estos expertos en materia de historia, bioética, investigación de archivos, medicina, investigación médica y derecho brindaron muchas horas de su tiempo para reunirse con los miembros del personal de la Comisión y compartir su

entendimiento y, muchas veces, los resultados de su propia investigación independiente. A continuación, se detallan estos colaboradores:

- Linnea Anderson: archivera interina, Archivos históricos sobre el bienestar social, Universidad de Minnesota.
- Dr. Dan Guttman: exdirector ejecutivo del Comité Asesor sobre Experimentos con Radiación en Seres Humanos.
- Dr. Stephen J. Greenberg: coordinador de los Servicios Públicos de la División de la Historia de la Medicina, Biblioteca Nacional de Medicina.
- Dr. James H. Jones: autor de *Bad Blood: The Tuskegee Syphilis Experiments* (1976).
- Dra. Suzanne Junod: historiadora, Oficina de Historia de la FDA.
- Dra. Susan Lederer: catedrática de Historia Médica y Bioética Robert Turell, Universidad de Wisconsin.
- Dr. Richard Mandel: especialista líder en información técnica, Secretaría Ejecutiva de los NIH.
- Dr. Robert Martensen: director de la Oficina de Historia de los NIH.
- Nancy McCall: directora de los Archivos Médicos de Alan Mason Chesney sobre las instituciones médicas Johns Hopkins.
- Robert F. Moore: historiador y asesor de la Oficina de los Sistemas de Información sobre Investigación de los Institutos Nacionales de la Salud.
- Dr. John Parascandola: historiador del Servicio de Salud Pública de los EE. UU. (jubilado).
- Katrina Pearson: Oficina de los Sistemas de Información sobre Investigación de los NIH.
- Richard Peuser: subdirector de Archivos Nacionales y Administración de Documentos.
- John Rees: curador de la Biblioteca Nacional de Medicina.
- Dra. Susan Reverby: catedrática Marion Butler McLean de la Historia de las Ideas y catedrática de los estudios de género y de la mujer de Wellesley College.
- Dr. Paul Theerman: director de Archivos de la Biblioteca Nacional de Medicina.

Entrevistas dirigidas

El personal de la Comisión realizó una serie de entrevistas informales para obtener información básica sobre los experimentos de las STD en Guatemala con individuos que conocían al Dr. Cutler. Las entrevistas se llevaron a cabo por teléfono. A continuación, se detallan las personas entrevistadas:

Dr. Donald S. Burke

Dr. Michael E. Dalmat

Sra. Lois G. Michaels

Dr. Jerry Michael

Dr. David Sencer

Dr. Michael Utidjian

Delegación del personal en Guatemala

Por invitación del Dr. Rafael Espada, vicepresidente de Guatemala, una pequeña delegación de miembros del personal de la Comisión visitó Guatemala desde el 30 de abril al 3 de mayo de 2011. Se reunieron con el vicepresidente Espada y con la comisión de investigación del gobierno de Guatemala, recorrieron los archivos de Centroamérica y visitaron importantes lugares históricos. La visita sirvió para presentarles el trabajo realizado por la Comisión a los miembros de la comisión guatemalteca y para recopilar información sobre sus actividades. También hizo posible que el personal alcance un mejor entendimiento del contexto en el que se llevó a cabo la investigación. Entre la delegación de los miembros de la Comisión, se encontraban Valerie Bonham, Brian Eiler, el Dr. Paul Lombardo y Kayte Spector-Bagdady.

Traducción

Entre los registros recolectados y revisados durante el transcurso de la investigación, se encontraron muchos documentos en español. Estos documentos incluían correspondencia entre los funcionarios del PHS de los EE. UU. y los funcionarios de Guatemala, trabajos de investigación científica publicados, artículos periodísticos y páginas seleccionadas de los cuadernos del laboratorio. Los documentos importantes fueron traducidos por un traductor independiente, Cetra Language Solutions, de Elkins Park (Pensilvania). Los documentos traducidos se conservan dentro de los archivos de PCSBI HSPI.

Apéndice IV: Métodos para la creación de bases de datos de sujetos

A fin de identificar específicamente la cantidad de individuos que participaron en la investigación y comprender mejor lo que les sucedió, se leyeron y analizaron las casi 10.000 páginas de los Documentos de Cutler, con un particular énfasis en la información sobre los sujetos de la investigación. El personal de la Comisión creó una base de datos exhaustiva con información individual de los sujetos proveniente de estos registros.

Creación de una base de datos de sujetos

Se realizó una gran investigación histórica para ayudar a interpretar los Documentos de Cutler. La Comisión se basó fuertemente en el libro *Modern Clinical Syphilology (Sifilología Clínica Moderna)* (1944) de John H. Stokes, Herman Beerman y Norman R. Ingraham, considerado el texto de mayor autoridad en sífilis de ese momento. Además, la Comisión consultó regularmente al Dr. Jonathan Zenilman, jefe de la División de Enfermedades Infecciosas del Centro Médico Johns Hopkins Bayview.

A los fines de extracción y análisis de datos, las fuentes de información se dividieron en dos categorías: cuadernos de investigación y documentos adicionales de archivo.

Cuadernos de investigación

Los Documentos de Cutler incluyen cuatro cuadernos de investigación, dos cuadernos de laboratorio (cuadernos 1 y 2) y dos cuadernos clínicos (cuadernos 3 y 4). Los cuadernos de laboratorio contienen, principalmente, resultados de pruebas de laboratorio. Los cuadernos clínicos contienen, principalmente, antecedentes de los sujetos de la investigación y anotaciones clínicas. Todos los cuadernos tienen entradas escritas tanto en inglés como en español.

Los principales datos de interés incluyen información del perfil de los pacientes (p. ej., nombre, edad, número de sujeto, población de estudio), datos de la inoculación, datos del tratamiento e información que, de manera independiente, sembró inquietudes éticas (p. ej., evidencia de engaño por parte de los investigadores o resistencia por parte de los sujetos).

Sobre la base de una lectura detallada del cuaderno 1 y una revisión de los cuadernos 2, 3 y 4, se desarrolló un esquema inicial de codificación para

capturar información relevante proveniente de los cuadernos y registrarla en una base de datos de Excel. Según el esquema de codificación preliminar, se emplearon cuatros codificadores para codificar una muestra de, aproximadamente, 10 páginas de cada uno de los cuatro cuadernos. Después de cada ensayo de codificación preliminar, se analizaron los datos y refinaron los códigos con aportes del Dr. Zenilman. Una vez que estuvieron completas la codificación preliminar y las revisiones, comenzó la doble codificación, con dos codificadores que trabajaron en los cuadernos de laboratorio y dos en los cuadernos clínicos (los codificadores que trabajaron en los cuadernos clínicos tenían fluidez en español de media a alta). Cada par de codificadores trabajó con una cantidad de páginas de su cuaderno de manera independiente, luego se reunían para conciliar la codificación. Un miembro de cada equipo conservaba la base de datos maestra con los datos conciliados. El esquema de codificación se revisó de manera repetida, ya que se encontraba información nueva que no se capturaba adecuadamente. Una vez revisado el esquema de codificación, los datos previamente codificados se volvieron a codificar para reflejar los esquemas revisados.

Las reglas empleadas durante la codificación incluían las siguientes:

- Usar una línea por cada entrada sobre cada persona por fecha. Se permitía una traducción del español simple y directa (p. ej., “orinas” en la fuente de información pasó a ser “urines” en la base de datos).
- Las traducciones extensas o complejas del español debían estar precedidas por la leyenda ‘[Traducción]’ en la base de datos.
- Cuando no se podía entender la letra, se colocaba la leyenda ‘[ilegible]’.
- Cuando la letra era difícil de interpretar, se usaron [] para indicar la interpretación que el codificador hizo de la entrada.
- Resultados de las pruebas de codificación
 - N (cualquier variación) = negativo
 - P (cualquier variación) = positivo
 - D (cualquier variación) = dudoso
 - WP = positivo débil
 - QNS = cantidad insuficiente
 - Si hay una N, D o WP y una P en el mismo renglón, el código es “conflictivo”.
 - Si hay una N y una D en el mismo renglón, el código es “negativo”.

Se encuentra disponible a pedido una interpretación detallada de los datos y la clave de la codificación.

Documentos de Cutler adicionales

Entre los Documentos de Cutler adicionales, se incluyeron los informes finales de la investigación, fotografías, correspondencia, archivos de experimentos individuales y alrededor de una docena de documentos varios del Dr. Cutler.⁷⁰⁶ También había, aproximadamente, 7000 tarjetas con anotaciones sobre sujetos de la investigación. En general, el contenido de estas fuentes de datos era mucho menos rico que el de los cuadernos de investigación, con la posible excepción de las tarjetas con anotaciones sobre sujetos. Existía una gran variación de contenido en las tarjetas de anotaciones, con algunas tarjetas que contenían nada más que un nombre o un número de sujeto y algunas que contenían anotaciones clínicas detalladas sobre un individuo identificado.

Todos estos documentos tenían un código simple, lo que significa que una sola persona había codificado un documento determinado. Se supervisaba regularmente el trabajo de cada codificador para llegar a un registro confiable de los datos provenientes de los documentos originales, para verificar la aplicación apropiada del esquema de codificación y para mantener la coherencia.

Control de calidad de la base de datos de los sujetos

Una vez que todas las fuentes fueron codificadas, se combinaron las bases de datos por separado en una base de datos maestra de los sujetos, con más de 30.000 filas de datos de más de 5000 sujetos individuales. Se controló la base de datos para hallar errores obvios de la codificación (p. ej., un nombre donde debería haber una fecha, un modo de inoculación donde debería estar el resultado de una prueba) y se corrigieron según fue necesario. Se guardó y archivó la base de datos de los sujetos.

A fin de identificar la cantidad total de sujetos involucrados en los estudios, así como la información sobre la inoculación y el tratamiento, se inició otro control de calidad de la base de datos. El primer paso era revisar los nombres, en lo posible, en un esfuerzo por garantizar que cada individuo en particular solo se contara una vez. Se creó una nueva columna (“Nombre completo claro”), para tener la mejor apreciación del nombre de la persona en los casos en que existía ambigüedad. Por ejemplo, una fila (o muchas) incluye información sobre A.

Gomes y otra fila (o muchas) incluye información sobre A. Gomez. En este caso, si se encontraba que coincidían otros datos (número del sujeto, fecha, población, edad o número de experimento) de cada individuo, se suponía que las dos filas de información pertenecían a la misma persona. A todas las filas con información sobre esa persona se les asignaba el nombre de la mayoría o el nombre más lógico; en nuestro ejemplo, a todas las filas se les asignaría el nombre “A. Gomez” en la columna Nombre completo claro. Las columnas Nombre y Apellido siempre se dejaban vacías; solo se cambiaba el nombre en la columna Nombre completo claro.

Si una fila de datos no se podía asignar a una persona particular, los datos no se incluían en nuestros cálculos posteriores.

Para permitir el cálculo de la cantidad de sujetos expuestos a la sífilis, la gonorrea y el chancroide, se añadió una columna más a la base de datos: “Exposición a la STD”. En función de los datos disponibles sobre cada persona en particular, la columna de Exposición a la STD se completó con la enfermedad utilizada en la exposición, para aquellos individuos que fueron expuestos. Frecuentemente, la enfermedad involucrada en la exposición era explícita, pero, en ciertos casos, en que no lo era, la enfermedad era determinada en función del conocimiento de los métodos de exposición usados para cada enfermedad y las poblaciones en las cuales se condujeron varios experimentos, teniendo en cuenta los informes retrospectivos que el Dr. Cutler escribió sobre los experimentos.

En una segunda instancia de revisión de datos, se intentó completar la información faltante pero conocida (p. ej., si hay doce filas sobre A. Gomez, por columna de Nombre completo claro, y uno de ellos detalla la edad, se completaba la edad de todas las filas que correspondían a A. Gomez). En los casos en que faltaba la población de una persona (trabajadora sexual comercial, prisionero, paciente psiquiátrico, soldado), se realizaba un esfuerzo por determinar la población mediante la comparación de la fecha y la naturaleza del experimento en el que participó la persona con la línea cronológica de todos los experimentos (realizada a partir de los informes finales del Dr. Cutler). En los casos en los que había un conflicto evidente entre la base de datos y los informes del Dr. Cutler (p. ej., inoculación con chancroide en una población que el Dr. Cutler no había informado como participante en los experimentos con chancroide), se controlaron los documentos del archivo original y se

corrigeron o verificaron los datos. Existía una cantidad de trabajadoras sexuales comerciales que no se mencionaban en los documentos y se derivaban al Dr. Cutler por una posible participación en los estudios de inoculación, pero que nunca participaron. Estas personas se identificaban como una población discreta (“remitidas por el VDSPH”) y se incluían en la base de datos pero, en todos los casos, los únicos datos disponibles de estas personas eran los resultados de la prueba de gonorrea. Las bases de datos también se volvían a revisar para las personas que tenían exactamente el mismo nombre en la columna Nombre completo claro pero, claramente, no eran la misma persona (p. ej., A. Gomez que se encontraba en prisión y A. Gomez que se encontraba en el hospital de salud mental), a fin de garantizar que ambas personas fueran contadas.

Surgieron desafíos al distinguir entre la penicilina usada como profilaxis para la sífilis después de la exposición y la penicilina usada como tratamiento para la infección con sífilis diagnosticada. Después de consultar al Dr. Zenilman, se aplicó la siguiente norma: debido a que el período de incubación de la sífilis por desarrollo de la lesión es de 21 días en promedio, todas las dosis de penicilina anteriores a los 21 días se consideraron profilácticas por naturaleza, y todas las dosis posteriores a los 21 días se consideraron como tratamiento.

En todos los casos en los que no se encontraron datos disponibles o no eran razonablemente interpretables, la celda se dejó con la leyenda “nd”, que significa no hay datos.

Limitaciones

Tratar de interpretar y analizar datos de fuentes incompletos y con más de una década de antigüedad, inevitablemente, implica ciertas limitaciones. Los documentos contenían una mezcla de inglés y español escritos por diversas personas con niveles de fluidez, competencia escrita y caligrafía variados. Reflejan incongruencia en la escritura de los nombres de los individuos y en la asignación de números a los sujetos, lo que complicó aún más esta investigación; por ejemplo, en una página, el nombre de un individuo se registró como “Gomez”, pero la segunda entrada que hacía referencia a la misma persona podía aparecer como “Gomes”, sucedió lo mismo con “J.O. Hernandez” y “Jorge Oscar Hernandez”.

Además, a pesar de que los informes finales del Dr. Cutler proporcionan algunos datos sobre la programación y algunos detalles experimentales, estos no son exhaustivos ya que, por ejemplo, hay resultados experimentales en los cuadernos de investigación que no se mencionaron en los informes finales. Por el contrario, el Dr. Cutler incluye más de diez experimentos en su Informe final sobre sífilis, de los cuales la Comisión no halló evidencia en el laboratorio contemporáneo ni las anotaciones clínicas. Por ejemplo, el Dr. Cutler describe un experimento de inoculación superficial con gonorrea en el Ejército de Guatemala del 9 de mayo de 1947, pero no existen datos adicionales de sujetos que estén disponibles en los Documentos de Cutler para demostrar este experimento.⁷⁰⁷ El motivo de esta discrepancia no queda claro; no obstante, se cree que la Comisión no tiene en su poder todas las anotaciones clínicas de los experimentos de Guatemala. Por ejemplo, uno de los cuadernos clínicos incluye una instrucción para “[v]er, por favor, el libro de registro de la Sra. [Alice] Walker.”⁷⁰⁸ Este cuaderno al que se hace referencia no está incluido entre aquellos que componen los Documentos de Cutler.

Además, los experimentos descritos en estos documentos se realizaron en la década de 1940, una época en que los métodos de diagnóstico y tratamiento de las STD no estaban tan establecidos como en la actualidad, y el organismo de la sífilis no se comprendía bien. Sesenta y cinco años más tarde resulta difícil saber qué pensaban y comprendían los investigadores sobre las enfermedades con las que trabajaban y las pruebas que realizaban. Dado el contexto, la Comisión no trató de identificar cuántas personas estaban clínicamente infectadas ni cuántas personas recibieron el tratamiento adecuado. En el caso de la sífilis, por ejemplo, la prueba serológica realizada no era confiable y dependía, en gran medida, de la destreza, la precisión del método y la uniformidad de un laboratorio particular y la calidad de la evaluación clínica. Como consecuencia, la base de datos se centra en la cantidad de individuos expuestos a la STD, en lugar de la cantidad de infectados.

Por último, debido a restricciones de tiempo y recursos, los registros de la investigación considerados de mayor importancia, específicamente la mayoría de los cuadernos clínicos y de laboratorio, se codificaron doblemente (es decir, por dos o más personas), pero la mayoría de los registros se codificaron de manera simple. Se realizaron auditorías periódicas de todo el trabajo.

Figuras 6, 7 y 8

Las figuras 6, 7 y 8 se crearon por medio de datos amalgamados de la base de datos de los sujetos obtenida de los Documentos de Cutler. Debido a que los recuentos retrospectivos del Dr. Cutler sobre sus experimentos son incongruentes, estas figuras se basan en un recuento independiente de los días en que se llevaron a cabo exposiciones intencionales a las STD en una persona o población. Este recuento de los días de exposición excluye los días en que eran expuestas las trabajadoras sexuales comerciales solamente, ya que el Dr. Cutler no consideró que estas instancias fueran “experimentos” ni que las trabajadoras sexuales fueran “sujetos”.

Apéndice V: Sugerencias para lectura complementaria

- Comité Asesor sobre Experimentos con Radiación en Seres Humanos. (1996). *Final Report of the Advisory Committee on Human Radiation Experiments*. Nueva York: Oxford University Press.
- Annas, G.J., Glantz, L.H. y B.F. Katz. (1977). *Informed Consent to Human Experimentation: The Subject's Dilemma*. Cambridge: Ballinger.
- Annas, G.J. y M.A. Grodin. (1992). *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code*. Nueva York: Oxford University Press.
- Altman, L.K. (1986). *Who Goes First? The Story of Self-Experimentation in Medicine*. Nueva York: Random House.
- Beecher, H.K. (1966). Ethics and clinical research. *The New England Journal of Medicine* 274(24):1354-1360.
- Beecher, H.K. (1959). Report to the Council: Experimentation in man. *Journal of the American Medical Association* 69(5):461-478.
- Beauchamp, T.L. y J.F. Childress. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. Nueva York: Oxford University Press.
- Brandt, A.M. (1993). *No Magic Bullet: A Social History of Venereal Disease in the United States Since 1880*. Oxford: Oxford University Press.
- Emanuel, E.J., Grady, C., Crouch, R.A., Lie, R.K., Miller, F.G. y D. Wendler. (2008). *The Oxford Textbook of Clinical Research Ethics*. Nueva York: Oxford University Press.
- Faden, R.R. y T.L. Beauchamp. (1986). *A History and Theory of Informed Consent*. Nueva York: Oxford University Press.
- Grodin, M.A. y L.H. Glantz. (1994). *Children as Research Subjects: Science, Ethics, and Law*. Nueva York: Oxford University Press.
- Harkness, J.M., Lederer, S.E. y D. Wikler. (2001). Laying ethical foundations for clinical research. *Bulletin of the World Health Organization* 79(4): 365-366.
- Hornblum, A.M. (1998). *Acres of Skin: Human Experiments at Holmesburg Prison*. Nueva York: Routledge.

- Jones, J.H. (1993). *Bad Blood: The Tuskegee Syphilis Experiment*. Nueva York: The Free Press.
- Kahn, J.P., Mastroianni, A.C. y J. Sugarman. (1998). *Beyond Consent: Seeking Justice in Research*. Nueva York: Oxford University Press.
- Katz, J. (1972). *Experimentation with Human Beings: The Authority of the Investigator, Subject, Professions and State in the Human Experimentation Process*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Kraut, A.M. (2003). *Goldberger's War: The Life and Work of a Public Health Crusader*. Nueva York: Hill and Wang.
- Lederer, S.E. (1995). *Subjected to Science: Human Experimentation in America before the Second World War*. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press.
- Levine, C.R., Grady, C., Hammerschmidt, D., Eckenwiler, L. y J. Sugarman. (2004). The limitations of 'vulnerability' as a protection for human research participants. *American Journal of Bioethics* 4(3):44-49.
- Levine, R.J. (1988). *Ethics and Regulation of Clinical Research*. New Haven, Connecticut: Yale University Press.
- Lombardo, P.A. (2009). Tracking chromosomes, castrating dwarves: Uninformed consent and eugenic research. *Ethics and Medicine* 25(3):149-164.
- Lombardo, P.A. (2003). "Of Utmost National Urgency": The Lynchburg Colony Hepatitis Study, 1942. In Moreno, J.D. (Ed.). (2003). *In the Wake of Terror: Medicine and Morality in a Time of Crisis*. Cambridge: MIT Press.
- Marks, H.M. (1997). *The Progress of Experiment: Science and Therapeutic Reform in the United States, 1900-1990*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Mastroianni, A.C., and J.P. Kahn. Special Issue: Advisory Committee on Human Radiation Experiments." *Kennedy Institute of Ethics Journal* 6(3): ix-322.
- Moreno, J.D. (1999). *Undue Risk: Secret State Experiments on Humans*. Nueva York: W.H. Freeman and Company.

Moreno, J.D. (1998). Regulation of research on the decisionally impaired: History and gaps in the current regulatory system. *Journal of Health Care Law and Policy* (1):1-21.

Parascandola, J. (2008). *Sex, Sin, and Science: A History of Syphilis in America*. Westport: Praeger.

Parran, T. (1937). *Shadow on the Land*. Nueva York: Reynal & Hitchcock.

Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigaciones Biomédicas y Conductuales. (1976). *Report and Recommendations: Research Involving Prisoners*. Washington, D. C.: Department of Health, Education, and Welfare.

Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigaciones Biomédicas y Conductuales. (1978). *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. Washington, D. C.: Department of Health, Education, and Welfare.

Reverby, S.M. (2000). *Tuskegee's Truths: Rethinking the Tuskegee Syphilis Study*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.

Ross, L.F. (2006). *Children in Medical Research: Access versus Protection*. Nueva York: Oxford University Press.

Rothman, D.J. (2008). *Strangers at the Bedside: A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making*. New Brunswick: Aldine Transaction.

Tucker, T. (2006). *The Great Starvation Experiment: The Heroic Men who Starved so that Millions Could Live*. Nueva York: The Free Press.

NOTAS AL FINAL

- ¹ En todo este informe, la Comisión utiliza lenguaje contemporáneo (p. ej., “STD” en lugar de “enfermedades venéreas”) en contraposición a la terminología utilizada en los documentos históricos recuperados, excepto cuando cita directamente los términos de dichos materiales. La Dra. Susan M. Reverby de Wellesley College notificó al gobierno estadounidense sobre los eventos que involucraban la exposición intencional a las STD en el verano de 2010.
- ² Lectura del llamado del Presidente al Presidente de Guatemala, Colom. (1 de octubre de 2010). Disponible en <http://www.whitehouse.gov/the-press-office/2010/10/01/read-out-presidents-call-with-guatemalan-president-colom> (fecha de acceso: 22 de julio 2011).
- ³ Declaración conjunta realizada por las secretarías Clinton y Sebelius sobre un estudio de 1946 a 1948. (1 de octubre de 2010). Disponible en <http://www.hhs.gov/news/press/2010pres/10/20101001a.html> (fecha de acceso: 22 de julio de 2011).
- ⁴ *Ibidem*.
- ⁵ Caplan, A. (1 de octubre de 2010). “Horrible medical tests of past raise concerns for today”, *MSNBC*. Disponible en http://www.msnbc.msn.com/id/39463624/ns/health-health_care/t/horrific-medical-tests-past-raise-concerns-today/ (fecha de acceso: 10 de agosto de 2011). (“El impacto del experimento de Tuskegee ha tenido un efecto perdurable en la falta de confianza y las sospechas que tienen las minorías sobre la investigación médica... Muchos afroamericanos creen que el gobierno les permitió a los médicos contagiar a las personas con sífilis. Si bien eso no fue lo que sucedió en Tuskegee, la revelación de la investigación en Guatemala es un crudo recordatorio de que el racismo y la indiferencia hacia los débiles y los vulnerables sí permitieron que se produjeran abusos increíbles.”). Landau, E. (1 de octubre de 2010). “Los estudios muestran un ‘capítulo oscuro’ de la investigación médica”, *CNN*. Disponible en <http://www.cnn.com/2010/HEALTH/10/01/guatemala.syphilis.tuskegee/index.html?iref=allsearch> (fecha de acceso: 30 de agosto de 2011).
- ⁶ Anteriormente, la revisión histórica se iba a llevar a cabo por el Instituto de Medicina de las Academias Nacionales de los Estados Unidos. La tarea se reasignó a la Comisión a medida que más hechos salieron a la luz. El 24 de noviembre de 2010, las Academias explicaron lo siguiente: “Desde que recibimos la solicitud del [D]HHS, nos enteramos de que en el momento en que se realizó el estudio en Guatemala en la década de 1940, al menos cinco individuos ocupaban cargos simultáneamente en la Sección de Estudio de la Sífilis de los Institutos Nacionales de la Salud y en el Subcomité de Enfermedades Venéreas del Consejo Nacional de Investigaciones. La misma persona se desempeñaba como presidente de ambos grupos. Debido a estos nombramientos superpuestos entre nuestra institución y un organismo involucrado en el programa de investigación sobre sífilis del gobierno federal, las Academias Nacionales no deberían realizar esta revisión histórica”. Declaración de las Academias Nacionales sobre los Estudios de la Sífilis en Guatemala de la década de 1940. (24 de noviembre de 2010). Disponible en <http://www8.nationalacademies.org/onpinews/newsitem.aspx?RecordID=20101124>.
- ⁷ Memorando del presidente Barack Obama a la Dra. Amy Gutmann, presidenta de la Comisión Presidencial para el Estudio de Asuntos de Bioética. (24 de noviembre de 2010). Disponible en <http://www.bioethics.gov/documents/Human-Subjects-Protection-Letter-from-President-Obama-11.24.10.pdf> (fecha de acceso: 22 de julio de 2011).
- ⁸ *Ibidem*.
- ⁹ Testimonio de la directora Valerie H. Bonham a la Comisión; 1 de marzo de 2011.
- ¹⁰ Comunicación personal de Susan Reverby de Wellesley College con Brian Eiler, personal de la Comisión; 3 de agosto de 2011. En diálogo con el *Boston Globe* en octubre de 2010, la Dra. Reverby describió su hallazgo: “Esperaba encontrar algo en Tuskegee... No había nada. Lo que él dejó fueron estos registros del estudio de Guatemala”. Cuando la Dra. Reverby “dio con los documentos”, ella “simplemente quedó desconcertada”. Así lo describió en la entrevista: “Estaba abrumada”. Smith, S. (2010). La profesora de Wellesley desentierro un horror: Experimentos con sífilis en Guatemala. *The Boston Globe*. 2 de octubre de 2010. Disponible en http://articles.boston.com/2010-10-02/news/29290885_1_reprehensible-research-susan-m-reverby-syphilis-experiments (fecha de acceso: 8 de septiembre de 2011).
- ¹¹ Reverby, S.M. (2 de mayo de 2010). *‘Normal Exposure’ and Inoculation Syphilis: PHS ‘Tuskegee’ Doctors in Guatemala, 1946-48 and at Sing Sing Prison, Ossining, Nueva York, 1953-54*. Ensayo presentado en la asamblea anual de la Asociación Estadounidense de Historia de la Medicina, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota.

- ¹² Comunicado de prensa de los Archivos Nacionales. (28 de marzo de 2011). Disponible en <http://www.archives.gov/press/press-releases/2011/nrl1-94.html> (fecha de acceso: 7 de septiembre de 2011).
- ¹³ Para conocer la historia del VDRL, consultar Parascandola, J. (2001). John Mahoney y la introducción de la penicilina para tratar la sífilis. *Pharmacy in History* 43:3-13. En 1948, el VDRL se trasladó desde su sede en Staten Island, Nueva York, hasta Chamblee, Georgia. Consultar el VDRL coopera con laboratorios estatales. (1954). *Public Health Reports* 69 (2): 202. En 1957, el VDRL, junto con el resto de la División de Enfermedades Venéreas del PHS, fueron absorbidos por el Centro de Enfermedades Contagiosas y las funciones del VDRL se trasladaron a Atlanta, Georgia. Etheridge, E.W. (1992). *Sentinel for Health: A History of the Centers for Disease Control*. Berkeley, California: University of California Press, pp. 88-89. El Centro de Enfermedades Contagiosas fue renombrado Centro para el Control de Enfermedades en 1970 y, en 1992, fue nuevamente renombrado como Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, aunque mantuvo la sigla CDC. Oficina del director adjunto de Comunicaciones de los CDC. (7 de julio de 2011). Disponible en <http://www.cdc.gov/about/history/timeline.htm> (fecha de acceso: 30 de agosto de 2011). Las actividades de control de enfermedades venéreas y del laboratorio del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos ahora operan como parte de la División para la Prevención de los STD de los CDC dentro del Centro Nacional para la prevención del VIH/SIDA, la Hepatitis Viral, las STD y la TB.
- ¹⁴ La Comisión solicitó información durante su visita en Guatemala desde el 30 de abril hasta el 3 de mayo de 2011, y, nuevamente, luego de que los medios guatemaltecos informaron que el gobierno de ese país había identificado víctimas vivas de la investigación. Una regulación aprobada el 1 de mayo de 2011 en Guatemala prohibía la divulgación de todos los registros relacionados con la investigación del gobierno de Guatemala antes de la publicación de su informe final de investigación. Resolución n.º 131-2011 del gobierno de Guatemala. Archivos de la Comisión Presidencial para el Estudio de Asuntos de Bioética, Protecciones de los Sujetos Humanos I (PCSBI HSPI), MISC_0000638. Si bien no pudo obtener registros específicos, el personal de la Comisión se reunió con los directores de tres archivos de Guatemala, Ana Carla Ericastilla (Archivo General de Centroamérica), Marco Tulio Alvarez (Archivos de la Paz) y Gustavo Meono Brenner (Archivos de la Policía). Estos confirmaron al personal de la Comisión que se habían hallado numerosos registros en Guatemala que confirman la información de los Documentos de Cutler y brindan, además, pruebas adicionales sobre la realización de los experimentos. Los medios guatemaltecos también han informado que el gobierno de ese país posee registros del hospital nacional, el Exdepartamento de Salud Pública y el hospital psiquiátrico. Villasenor, C.M. (25 de noviembre de 2010). Archivo General de CA resguardará expediente de experimentos de EE. UU. *Prensa Libre*. (11 de noviembre de 2010). Archivos de hospital mental no se destruyeron en 1960. *Prensa Libre*.
- ¹⁵ La Comisión identificó únicamente una persona viva con conocimiento personal de los eventos, aunque su memoria es limitada y no pudo ofrecer datos específicos. Los documentos indican que la Sra. John C. (Eliese S.) Cutler vivió y trabajó con el Dr. Cutler en Guatemala desde 1946 hasta 1948. El personal de la Comisión se comunicó con la Sra. Cutler, pero ella no aceptó hablar. No obstante, ella envió una carta a la Comisión, en la que redactó lo siguiente: “Solo recuerdo una prueba médica que se realizó en la institución mental”. Comunicación personal de Eliese S. Cutler a Valerie Bonham. (25 de junio de 2011). Archivos de PCSBI HSPI, MISC_0000523.
- ¹⁶ Asamblea del 11 de febrero de 2011. El vicepresidente Espada fue invitado para hablar en dos asambleas de la Comisión realizadas durante la investigación, pero, lamentablemente para las dos partes, eventos inesperados le impidieron viajar.
- ¹⁷ Como no pudo obtener registros específicos durante su viaje, la Comisión luego fue asistida por el trabajo de un investigador independiente de Guatemala, el Sr. Martín Rangel, quien proporcionó informes contemporáneos de los medios guatemaltecos.
- ¹⁸ A comienzos de 1924, la PASB era la principal entidad que coordinaba las actividades internacionales de salud del continente americano. Durante el período de los estudios de las STD en Guatemala, la PASB estuvo estrechamente vinculada con el PHS de los Estados Unidos. En 1946, el PHS designó a “casi todo el personal profesional de la Oficina”. En 1947 y 1948, el PHS pagó los salarios del subdirector de la PASB, los jefes de las oficinas de las zonas de Lima y Guatemala así como de los funcionarios y el personal designado para proyectos especiales del PHS. Hasta 1936, las dos organizaciones compartían el mismo líder, el cirujano general estadounidense. (Hugh S. Cumming Sr., asumió el cargo de director de la PASB cuando asumió como cirujano general de los Estados Unidos en 1920. En 1936, se retiró como cirujano general pero continuó siendo el director de la PASB hasta 1947). Fred L. Soper. (s. f.). Informe del director de la Oficina Sanitaria Panamericana a los gobiernos miembros de la Organización

- Sanitaria Panamericana: enero de 1947 a abril de 1950, p. 30. Archivos de PCSBI HSPI, PAHO_0000486. En 1949, la PASB se convirtió en la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, una rama de la Organización Sanitaria Panamericana, que hoy se conoce como Organización Panamericana de la Salud. Cueto, M. (2007). *The Value of Health: A History of the Pan American Health Organization*. Washington, D. C.: Pan American Health Organization, pp. 63-108.
- 19 RG-65, otorgado en julio de 1946; RG-65(C), otorgado en julio de 1947 y extendido hasta diciembre de 1948. Los fondos del año 1953 fueron proporcionados por el PHS a numerosos investigadores guatemaltecos. Consultar, p. ej., los archivos de personal de Juan M. Funes. (10 de diciembre de 1948). Archivos de PCSBI HSPI, NPRC_0000807.
- 20 Es importante reconocer que la “exposición” a una STD no es lo mismo que una “infección” con una STD. Los sujetos a quienes los investigadores expusieron a una STD corrían el riesgo de infectarse con esa STD, pero muchos de los sujetos expuestos a una STD no se infectaron.
- 21 PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos. Este número representa la cantidad de personas por separado que fueron expuestas, al menos, una vez. Algunas personas fueron expuestas más de una vez.
- 22 Ibidem.
- 23 Todas las trabajadoras sexuales empleadas para la investigación eran mujeres.
- 24 PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos.
- 25 Los registros disponibles muestran que los investigadores no inocularon a los niños del orfanato ni de la escuela con las STD.
- 26 Stout, G.W., Cutler, J.C. (septiembre de 1951). Problemas de serología (sífilis) en Centroamérica. *Journal of Venereal Disease Information*, 32(7): 238-239; Portnoy, J., Galvez, R., Cutler, J.C. (1952). Estudios serológicos y clínicos relacionados con la sífilis en Guatemala, Centroamérica: III. Estudios de desempeño comparativo de las pruebas de Kahn, Kolmer, Mazzini y el VDRL en portaobjetos entre pacientes leprosos. *American Journal of Syphilis, Gonorrhea, and Venereal Diseases* 36(3):566-570.
- 27 Falcone, V.H., Harris, A., Olansky, S., Salvado, C., Cutler, J.C. (1953). A study of the Neurath Inhibition Phenomenon in the serodiagnosis of syphilis. *American Journal of Syphilis, Gonorrhea, and Venereal Diseases* 37(3):264-272.
- 28 Una punción lumbar o cisternal consiste en extracción de líquido cerebrospinal a través de una aguja introducida entre dos vértebras en la parte inferior de la espalda (lumbar) o en la base del cráneo (cisternal).
- 29 Informe sobre el seguimiento de las pruebas serológicas en pacientes realizado en el CDC en 1953; muestras enviadas desde Guatemala. (1953). Archivos de PCSBI HSPI, CTRL_0001436.
- 30 De John Cutler a John Mahoney. (18 de septiembre de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRL_0001231.
- 31 Comité Asesor sobre Experimentos con Radiación en Seres Humanos. (1996). *Final Report of the Advisory Committee on Human Radiation Experiments*. Nueva York: Oxford University Press; Moreno, J.D. (1999). *Undue Risk: Secret State Experiments on Humans*. Nueva York: W.H. Freeman & Co.; Faden, R.R., Beauchamp, T.L. (1986). *A History and Theory of Informed Consent*. Nueva York: Oxford University Press; Rothman, D.J. (1991). *Strangers at the Bedside: A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making*. New Brunswick: Aldine Transaction.
- 32 Consultar, p. ej., la Asociación Médica Mundial. (1964). *Code of Ethics of the World Medical Association: Declaration of Helsinki*. Helsinki, Finlandia: Asociación Mundial Médica; Enmienda sobre medicamentos de 1962; Ley Pública n.º 87-781 (1962), *codificada en la* 21 U.S.C. 355 (que exige el consentimiento informado en determinadas investigaciones reguladas por la FDA); 21 C.F.R. 50 (idem); Ley Nacional sobre Investigaciones de 1974, Ley Pública n.º 93-348 (1974), *codificada en* 42 U.S.C. 218 (que exige el consentimiento informado y la revisión independiente en la investigación patrocinada por el HHS); 45 C.F.R. 46 (idem); Emanuel, E.J., Wendler, D., Grady, C. (2000). What makes clinical research ethical? *JAMA* 283(20):2701-2711.
- 33 Consultar el 45 CFR 46, subsecciones B a D (que permiten la investigación en poblaciones vulnerables, incluso los prisioneros y niños, siempre y cuando haya protecciones adicionales vigentes); 45 C.F.R. § 46.116(d) (que permite la renuncia al consentimiento informado cuando: la investigación implica no más

- que un riesgo mínimo, la renuncia no afectará adversamente los derechos ni el bienestar de los sujetos, la investigación no podría llevarse a cabo de manera viable sin la renuncia y, cuando sea necesario, los sujetos deben obtener información adicional después de la participación). En la actualidad, la investigación con infección intencional se utiliza con numerosos propósitos, los que incluyen la prueba de patogenicidad microbiana, la definición de antígenos protectores, la identificación de factores que influyen en la adquisición de una enfermedad y su gravedad, la evaluación de la eficacia de las vacunas, la demostración de la inmunidad derivada de una infección, la identificación de respuestas inmunes de protección y el perfeccionamiento de la fórmula de una vacuna, su cronograma y entrega. Kotloff, K.L. (2003). Human challenge studies with infectious agents. *Journal of Investigative Medicine* 51(Supp.): S6-S7. Consultar, además, Cohen, M.S., Cannon, J.G. (1994). Human experimentation with *Neisseria gonorrhoeae*: Rationale, methods, and implications for the biology of infection and vaccine development. *Journal of Infectious Diseases*. 169:532-537 (que proporciona un ejemplo de una reciente investigación sobre infección intencional con gonorrea).
- ³⁴ Kaempffert, W. (1947). Notes on science: Syphilis prevention. *New York Times*. 27 de abril.
- ³⁵ *Ibidem*.
- ³⁶ *Ibidem*.
- ³⁷ *Ibidem*.
- ³⁸ Documentos de Cutler. (1947-1948). Boletín de Guatemala: Estudios con soldados (GC). Cuaderno clínico. Archives de PCSBI HSPI, CTLR_0000620.
- ³⁹ Ley La Follette-Bulwinkle (enfermedades venéreas), Ley Pública n.º 75-540; Acta 267 del Congreso n.º 75; 52 decreto 439 (24 de mayo de 1938). La Ley reguló el “establecimiento y conservación de medidas adecuadas para la prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades venéreas [y] con el objeto de realizar estudios, investigaciones y demostraciones para desarrollar medidas más efectivas para la prevención, el tratamiento y el control”.
- ⁴⁰ Congreso de los Estados Unidos. Cámara. Comité de Comercio Internacional e Interestatal. *Hearings on Investigation and Control of Venereal Diseases*. Congreso n.º 75, 3.ra sesión, 12 al 14 de abril de 1938, en 143.
- ⁴¹ *Ibidem*, 144.
- ⁴² *Ibidem*.
- ⁴³ Versión preliminar de la Historia del Comité de Investigación Médica, Sección de Enfermedades Venéreas adjunta al Memorando del 25 de febrero de 1946 de E. Cowles Andrus a Chester S. Keefer. (s. f.). Archives de PCSBI HSPI, NARA-II_0000414. De hecho, solo un año después, en 1944, el Ejército decidió que ya no usaría el tratamiento con arsénico y bismuto para controlar la sífilis, dadas las condiciones de combate, y buscó el asesoramiento del Subcomité de Enfermedades Venéreas sobre cómo administrar mejor la penicilina como tratamiento alternativo. Conferencia sobre la Penicilina con el auspicio del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, la Administración de Drogas y Alimentos, y el Consejo Nacional de Investigaciones. 27 de marzo de 1946, en 158.
- ⁴⁴ *Ibidem*.
- ⁴⁵ *Ibidem*, Archives de PCSBI HSPI, NARA-II_0000415.
- ⁴⁶ Mahoney, J.F. (1936). An experimental survey of the basic factors concerned in prophylaxis in syphilis. *The Military Surgeon* 78-79:351.
- ⁴⁷ El NRC (Consejo Nacional de Investigaciones) se organizó en 1916 como una rama de la Academia Nacional de Ciencias por la Academia Nacional de Ciencias, según su acta de congreso. En 1918, el Presidente Woodrow Wilson estableció el Consejo como una organización permanente por decreto ejecutivo. Decreto ejecutivo n.º 2859, 11 de mayo de 1918.
- ⁴⁸ De Joseph Moore a A.N. Richards. (1 de febrero de 1943). Correspondencia. Archives de PCSBI HSPI, NARA-II_0000176.
- ⁴⁹ *Ibidem*.
- ⁵⁰ Entre los miembros del CMR, se incluían el Dr. A.N. Richards, presidente; el contraalmirante Harold W. Smith (Marina); el brigadier general James S. Simmons (Ejército); el Dr. R.E. Dyer (PHS); el Dr. A.B.

Hastings (Universidad de Harvard) y el Dr. A.R. Dochez (Universidad de Columbia). Primera versión del capítulo propuesto del CMR de la historia administrativa de la OSRD de Irvin Stewart. (12 de enero de 1945). Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000354; Lockwood, J.S. (agosto de 1946). Actividades del tiempo de guerra del Consejo Nacional de Investigaciones y el Comité de Investigación Médica, con referencias particulares al trabajo en equipo en los estudios de heridas y quemaduras. *Annals of Surgery* 124(2):314-315.

- ⁵¹ Primera versión del capítulo propuesto del CMR de la historia administrativa de la OSRD de Irvin Stewart. 12 de enero de 1945. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000354. Decreto ejecutivo. (28 de junio de 1941).
- ⁵² *Ibidem*.
- ⁵³ *Ibidem*.
- ⁵⁴ Rothman, D.J., *óp. cit.*, pp. 30-31.
- ⁵⁵ Obituario de Joseph Earle Moore. (1958). *British Journal of Venereal Disease* 34:58-59. Cuando Moore falleció, su aviso fúnebre destacó que había dedicado “toda su carrera profesional... al estudio y el tratamiento de la sífilis”; Thomas, H.M. (1960). Aviso fúnebre: doctor Joseph Earle Moore. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association* 71: /xlix-l. Curriculum vitae: doctor Joseph Earle Moore. (s. f.). Archivos de PCSBI HSPI, JHU_0000035.
- ⁵⁶ Fox, D.M. (1987). The politics of the NIH Extramural Program, 1937-1950. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 42(4):452.
- ⁵⁷ De Joseph Moore a A.N. Richards (6 de octubre de 1942). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000346.
- ⁵⁸ *Ibidem*.
- ⁵⁹ De A.N. Richards a Joseph Moore. (9 de octubre de 1942). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000346.
- ⁶⁰ *Ibidem*.
- ⁶¹ Acta de una conferencia sobre profilaxis química. (18 de noviembre de 1942). Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000332. El Subcomité de Enfermedades Venéreas se formó dentro del NRC el 7 de junio de 1940, para realizar “recomendaciones generales a los cirujanos generales del Ejército y la Marina respecto de la prevención y el tratamiento de las enfermedades venéreas”. Consultar Padgett, P. *Diagnosis and treatment of the venereal diseases*. En Coates, J.B. (Editor). (1963). *Internal Medicine in World War II, Volume II: Infectious Diseases*. Washington, D. C.: Office of the Surgeon General, Department of the Army, p. 410.
- ⁶² El Subcomité estaba integrado por los doctores Joseph E. Moore, Charles W. Clarke, Oscar F. Cox, Russell Herrold, John F. Mahoney, Nels Nelson, John H. Stokes, E.H. Cushing y Robert L. Dickinson. (9 de diciembre de 1942). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NAS_0000446.
- ⁶³ Acta de una conferencia sobre profilaxis química. (18 de noviembre de 1942). Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000334.
- ⁶⁴ De Thomas Parran a Lewis H. Weed. (19 de noviembre de 1942). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000284. Cabe destacar que es muy posible que el Dr. Parran, expresidente de la Asociación Médica Neisseriana de Estados Unidos, haya estado familiarizado con el caso de Albert Neisser, famoso por descubrir la bacteria que causa la gonorrea, quien fue sancionado por el gobierno de Prusia por infectar a prostitutas con sífilis sin su conocimiento o consentimiento en 1898. Vollman, J., Winau, R. (1996). The Prussian regulation of 1900: Early ethical standards for human experimentation in Germany. *IRB: Ethics and Human Research* 18: 9-10. Kampmeier, R.H. (1984). Section I: The years of the American Neisserian Medical Society, 1934-1942. *Sexually Transmitted Diseases* 11(3):193.
- ⁶⁵ De John A. Rogers a Lewis H. Weed. (4 de diciembre de 1942). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000283.
- ⁶⁶ De Ross T. McIntire a Lewis H. Weed. (5 de diciembre de 1942). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000282.
- ⁶⁷ *Ibidem*.

- 68 Entre los miembros del CMR, se incluían, además del Dr. Richards, el Dr. Lewis H. Weed (vicepresidente), el contraalmirante Harold W. Smith (Marina), el brigadier general James S. Simmons (Ejército), el Dr. R.E. Dyer (PHS), el Dr. A.B. Hastings (Universidad de Harvard) y el Dr. A.R. Dochez (Universidad de Columbia). Primera versión del capítulo propuesto del CMR de la historia administrativa de la OSRD de Irvin Stewart. (12 de enero de 1945). Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000354.
- 69 Acta de la Decimoséptima Asamblea del Subcomité de Enfermedades Venéreas, Consejo Nacional de Investigaciones. (1 de diciembre de 1942). Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000342.
- 70 *Ibidem*; de O.H. Perry Pepper a Lewis H. Weed. (14 de diciembre de 1942). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI. NAS_0000707.
- 71 De A.N. Richards a Joseph E. Moore. (12 de diciembre de 1942). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000136.
- 72 El grupo de la conferencia estaba integrado por: 1) Doctores Joseph Earle Moore, Oscar Cox y Russell Herrold (del Subcomité de Enfermedades Venéreas), 2) doctores Alfred Cohn y Theodore Rosenthal (del Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York), 3) los doctores James H. Lade and M. deMello (del Departamento de Salud del Estado de Nueva York), 4) el Dr. Charles M. Carpenter (Universidad de Rochester), 5) el Dr. C. Phillip Miller (Universidad de Chicago), 6) los doctores O.H. Perry Pepper, T.R. Forbes, G.A. Carden y Wilbur Davison (NRC), 7) el Dr. Lowell J. Reed (Universidad Johns Hopkins), 8) el Dr. Hugo Muench (División Internacional de Salud, Fundación Rockefeller), 9) el Tte. Crnl. T.B. Turner, Maj. Gaylord W. Anderson, Maj. Thomas H. Sternberg, Maj. Robert Dyar y el Cmte. Robert H. Reidel (Ejército de Estados Unidos), 10) el Tte. J.F. Shronts y el Cmte. R.W. Mussen, Oficial británico de enlace de la Marina Real (Marina de los Estados Unidos), y 11) el Dr. R.A. Vonderlehr (PHS de Estados Unidos).
- 73 Acta de una conferencia sobre experimentación con gonorrea en seres humanos llevada a cabo con el auspicio del Subcomité de Enfermedades Venéreas y Prueba B con el mismo auspicio. (29 de diciembre de 1942). Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000157-175.
- 74 Declaración del Dr. Carpenter sobre la evaluación de agentes profilácticos y procedimientos de prevención de la gonorrea. (s. f.). Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000162.
- 75 Plan de procedimiento propuesto en el estudio de la profilaxis química en voluntarios humanos entre reclusos de la prisión, reproducido en el Acta de una conferencia sobre experimentación con gonorrea en seres humanos llevada a cabo con el auspicio del Subcomité de Enfermedades Venéreas. (29 de diciembre de 1942). Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000168. El extenso formulario de consentimiento (denominado “renuncia”) describía los procedimientos y riesgos del estudio brindando detalles considerables, lo que sugiere que el Subcomité sí deseaba que los “voluntarios” comprendieran el estudio en el cual estaban participando.
- 76 Declaración de la explicación del experimento y sus riesgos a posibles voluntarios (s. f.), reproducida en el Acta de una conferencia sobre la experimentación con gonorrea en seres humanos llevada a cabo con el auspicio del Subcomité de Enfermedades Venéreas. (29 de diciembre de 1942). Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000173. No se encontraron pruebas más específicas de que se haya utilizado este o un formulario similar en Terre Haute, pero una historia oral de la carrera del Dr. Henrik Blum, uno de los funcionarios médicos del PHS que realizó los experimentos, afirma que se informaba a los prisioneros sobre la naturaleza del estudio. El Dr. Blum recibió otras críticas de los experimentos de Terre Haute, pero él declaró que no existían “[c]uestionamientos sobre” el hecho de que los prisioneros eran “conscientes de lo que se estaba haciendo”. Crawford, C. (1999). Henrik Blum, M.D., M.P.H., “Equity for the Public’s Health: Contra Costa Health Officer; Professor, UC School of Public Health; WHO Fieldworker.” Historia oral realizada en 1997 por Caroline Crawford, Oficina Regional de Historia Oral, Biblioteca Bancroft, Universidad de California (Berkeley). Disponible en http://www.archive.org/stream/equitypubhealth00blumrich/equitypubhealth00blumrich_djvu.txt (fecha de acceso: 16 de mayo de 2011).
- 77 Declaración de la explicación del experimento y sus riesgos a posibles voluntarios (s. f.), reproducida en el Acta de una conferencia sobre la experimentación con gonorrea en seres humanos llevada a cabo con el auspicio del Subcomité de Enfermedades Venéreas. (29 de diciembre de 1942). Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000173.
- 78 *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000174.
- 79 *Ibidem*.

- ⁸⁰ El Comité de Medicina era uno de los ocho principales comités que componían la División de Ciencias Médicas del NRC en 1941. Primera versión del capítulo propuesto del CMR de la historia administrativa de la OSRD de Irvin Stewart. (12 de enero de 1945). Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000354-56.
- ⁸¹ Asociación Médica Estadounidense. Nuestra historia: lista completa de las asambleas anuales y presidentes. Disponible en <http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/our-history/full-list-annual-meetings-presidents.page> (obtenida el 26 de agosto de 2011).
- ⁸² De James E. Paullin a O.H. Perry Pepper. (13 de enero de 1942). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000264.
- ⁸³ De Arthur L. Bloomfield a O.H. Perry Pepper. (11 de enero de 1943). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000266. Arthur L. Bloomfield era profesor de medicina y ejecutivo del Departamento de Medicina de la Universidad de Stanford. Cox, A.J., Hilgard, E.R., Rytand, D.A. (septiembre de 1962). Arthur L. Bloomfield 1888-1962. *California Medicine* 97(3): 91-192.
- ⁸⁴ Memorando entre oficinas de J. B. Donovan respecto de la conferencia del 22 de enero de 1943. (s. f.). Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000150.
- ⁸⁵ Memorando de una conferencia de la profilaxis de la gonorrea en voluntarios humanos. (23 de enero de 1943). Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000227-228.
- ⁸⁶ La ley del estado de Nueva York establecía lo siguiente: “ninguna persona realizará un ‘acto en detrimento de la salud de otro ser humano’”. Consulte el Memorando entre oficinas de J. B. Donovan respecto de la conferencia del 22 de enero de 1943. (s. f.) Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000151.
- ⁸⁷ Moreno, J.D., óp. cit., p. 26, describe el amplio uso de objetores de conciencia en experimentos con sujetos humanos.
- ⁸⁸ Memorando de una conferencia de la profilaxis de la gonorrea en voluntarios humanos. (23 de enero de 1943). Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000227-228.
- ⁸⁹ De Joseph E. Moore a A.N. Richards. (1 de febrero de 1943). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000178.
- ⁹⁰ A las mujeres de las Fuerzas Armadas en 1942 no se les brindaron métodos anticonceptivos ni profilaxis contra las STD. Consultar Consideraciones del uso de mujeres en una estación. (s. f.). Archivos de PCSBI HSPI, NAS_0000511.
- ⁹¹ De Joseph E. Moore a A.N. Richards. (1 de febrero de 1943). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000177.
- ⁹² *Ibidem*. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000184-85.
- ⁹³ *Ibidem*. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000183. Si bien existe cierto debate sobre el sexo homosexual entre prisioneros, se supone que la mayoría de los hombres no eran activos sexualmente mientras estaban en prisión. Plan de procedimiento propuesto en el estudio de la profilaxis química en voluntarios humanos entre reclusos de la prisión, reproducido en el Acta de una conferencia sobre experimentación con gonorrea en seres humanos llevada a cabo con el auspicio del Subcomité de Enfermedades Venéreas. (29 de diciembre de 1942). Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000169. Los diversos beneficios de llevar a cabo una investigación entre prisioneros no habían pasado inadvertidos para otros investigadores; para mediados del siglo xx, se había realizado una cantidad considerable de experimentos médicos en los Estados Unidos que usaban prisioneros como sujetos. Hasta la década de 1970, se continuaron realizando numerosas investigaciones en las prisiones de los Estados Unidos. Consultar Bonham, V.H., Moreno, J.D. (2008). Research with captive populations: Prisoners, students, and soldiers. En Emanuel, E.E., et ál. (Editores). *The Oxford Textbook of Clinical Research Ethics*. Nueva York: Oxford University Press, pp. 461-474; Moreno, J.D., óp. cit.; Harkness, J.M. (1996). *Research Behind Bars: A History of Nontherapeutic Research on American Prisoners*, Ph.D. dissertation, University of Wisconsin-Madison.
- ⁹⁴ De Joseph E. Moore a A.N. Richards. (1 de febrero de 1943). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000183.
- ⁹⁵ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000184-85.
- ⁹⁶ *Ibidem*.

- 97 Ibidem.
- 98 Ibidem, Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000184.
- 99 Ibidem. El análisis subsiguiente entre el NRC y el cirujano general de la Marina generó el mismo resultado por diferentes razones. El personal de las Fuerzas Militares fue rechazado, en parte, por la “imposibilidad de exponer intencionalmente al personal a una infección, incluso aunque fuera de carácter voluntario...”. De Lewis H. Weed a Ross G. Harrison. (2 de marzo de 1943). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000249.
- 100 De Joseph E. Moore a A.N. Richards. (1 de febrero de 1943). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000184. Esta declaración establece una consideración importante, descartada más tarde, por no incluir pacientes de la institución psiquiátrica en la investigación de STD. No resulta claro si el Dr. Moore conocía, o aprobó, en Guatemala el uso posterior de individuos de un hospital psiquiátrico. Las pruebas demuestran que el plan inicial para Guatemala, tal como se presentó ante Moore y otros en la Sección de Estudio de la Sífilis en marzo de 1946, contemplaba el uso de prisioneros únicamente. John Cutler, Informe final sobre sífilis. (24 de febrero de 1955). Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0000643. De John Cutler a John Mahoney (7 de enero de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001039.
- 101 De Joseph E. Moore a A.N. Richards. (1 de febrero de 1943). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000185-86.
- 102 Ibidem, Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000185.
- 103 Ibidem, Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000186.
- 104 Porter, H.H., et ál. (1939). Social diseases at the crossroads. *Journal of the Oklahoma State Medical Association* 32: 54-61.
- 105 De Joseph E. Moore a A.N. Richards. (1 de febrero de 1943). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000185-86. Algunos han sugerido que pocas personas, realmente, vieron alguno de esos artículos. Consultar Harkness, J.M., óp. cit., pp.124-25.
- 106 Porter, H.H., óp. cit., pp. 54-61.
- 107 De Joseph E. Moore a A.N. Richards. (1 de febrero de 1942). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000186.
- 108 De James B. Donovan a Irvin Stewart. (17 de febrero de 1943). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000221.
- 109 Ibidem.
- 110 Ibidem.
- 111 De Joseph E. Moore a James V. Bennett. (18 de febrero de 1943). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000156.
- 112 Ibidem, Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000155.
- 113 De James V. Bennett a Joseph E. Moore. (26 de febrero de 1943). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000188.
- 114 Ibidem. No era extraño ofrecer indultos o reducir las sentencias a los prisioneros que participaban en experimentos con seres humanos en las prisiones de los Estados Unidos durante la primera mitad del siglo veinte. Harkness, J.M., óp. cit., pp. 14-72.
- 115 De James V. Bennett a Joseph E. Moore. (26 de febrero de 1943). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000188.
- 116 Ibidem.
- 117 Ibidem.
- 118 De Frank B. Jewett y Ross G. Harrison a Vannevar Bush. (5 de marzo de 1943). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000190.
- 119 Ibidem. La denominación “opinión personal” en la “capacidad de funcionario” resulta ambigua, y no se encuentran más explicaciones en los registros disponibles.

- ¹²⁰ *Ibidem*.
- ¹²¹ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000190-192.
- ¹²² El 6 de marzo de 1943, una nota sobre un memorando de una conversación con Joseph E. Moore dice: “El Dr. Bush leyó esto y lo aprueba. Los estudios de profilaxis contra las enfermedades venéreas pueden continuar...”. Conversación no firmada del 5 de marzo de 1943, con Joseph E. Moore. (6 de marzo de 1943). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000146.
- ¹²³ *Ibidem*.
- ¹²⁴ *Ibidem*.
- ¹²⁵ De R. A. Vonderlehr a F.M. King. (24 de febrero de 1943). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NLM_0000716.
- ¹²⁶ Es posible que el Dr. Bush también haya pensado que la investigación realizada directamente por el gobierno de los Estados Unidos enfrentaría un escrutinio menos público. Conversación no firmada del 5 de marzo de 1943, con Joseph E. Moore. (6 de marzo de 1943). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000146-47. Consultar, además, la carta de Joseph E. Moore a Thomas Parran, *reproducida en el Acta de una conferencia sobre experimentación con gonorrea en seres humanos llevada a cabo con el auspicio del Subcomité de Enfermedades Venéreas*. (12 de marzo de 1943). Archivos de PCSBI HSPI, NAS_0002328-36. Estas actas demuestran algunos conflictos internos debido a que el Dr. Parran, cirujano general del PHS, no favoreció la propuesta inicialmente. Él destacó que el PHS no era el responsable técnico de la atención de los prisioneros federales. El PHS brindó personal a la Oficina de Prisiones para que pudiera cubrir las instalaciones médicas con personal y el PHS fue “únicamente responsable de la competencia profesional del personal y de las normas de atención profesional en las prisiones”. Memorando de Thomas Parran a R.A. Vonderlehr. (11 de marzo de 1943). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NAS_0002342. La preocupación del Dr. Parran parece haberse resultado, no obstante, debido a que estos materiales demuestran que el Dr. Vonderlehr, posteriormente, ofreció un respaldo importante al proyecto.
- ¹²⁷ De R. A. Vonderlehr a J.F. Mahoney. (15 de abril de 1943). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NLM_0000712.
- ¹²⁸ *Ibidem*.
- ¹²⁹ Parascandola, J. (2001). *Óp. cit.*, p. 7.
- ¹³⁰ *Ibidem*. Los hospitales de la Marina de los Estados Unidos eran operados en todo el país a través del PHS. El Servicio de Hospital de la Marina, cuyos orígenes se remontan a una ley de 1798, se estableció como una organización nacional en 1870. Establecido originalmente para brindar tratamiento médico a los comerciantes marinos en los puertos estadounidenses, este creció hasta convertirse en el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, un servicio uniformado del gobierno de los Estados Unidos encargado de las tareas de investigación, prevención, el control, diagnóstico y tratamiento de enfermedades humanas en todo el territorio estadounidense. Parascandola, J. (1998). *Public Health Service*. En Kurian, G.T. (Editor) *A Historical Guide to the U.S. Government*. Nueva York: Oxford University Press, pp. 487-493.
- ¹³¹ Parascandola, J. (2001). *Óp. cit.*, p. 7.
- ¹³² Boceto biográfico, Dr. Cassius J. Van Slyke. (s. f.). Archivos de PCSBI HSPI, NPRC_0002846.
- ¹³³ Parascandola, J. (2001). *Óp. cit.*, p. 7.
- ¹³⁴ *Ibidem*.
- ¹³⁵ *Ibidem*.
- ¹³⁶ Propuesta para un contrato de investigación médica correspondiente a la Defensa Nacional. (25 de junio de 1943). Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000583; archivos de personal de Cassius J. Van Slyke. (diferentes fechas). Archivos de PCSBI HSPI, NPRC_0002844-57.
- ¹³⁷ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000585.
- ¹³⁸ Aproximadamente, \$590.000 de la actualidad, adaptados por la inflación.
- ¹³⁹ Propuesta para un contrato de investigación médica correspondiente a la Defensa Nacional. (25 de junio de 1943). Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000584.

- ¹⁴⁰ Informe para el Subcomité de Enfermedades Venéreas. (11 de noviembre de 1943). Archivos de PCSBI HSPI, NAS_0003530. Versión preliminar de la Historia del CMR, Sección de Enfermedades Venéreas adjunta al Memorando del 25 de febrero de 1946 de E. Cowles Andrus a Chester S. Keefer. (s. f.). Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000419; Cutler Award Citation. (s. f.). Archivos de PCSBI HSPI, MISC_0000341.
- ¹⁴¹ Currículum vitae del Dr. John C. Cutler (s. f.). Archivos de PCSBI HSPI, MISC_0000409.
- ¹⁴² *Ibidem*.
- ¹⁴³ Henrik Blum, M.D., M.P.H., *óp. cit*.
- ¹⁴⁴ Mahoney, J.F., Van Slyke, C.J., Cutler, J.C., Blum, H.L. (enero de 1946). Experimental gonococcal urethritis in human volunteers. *American Journal of Syphilis, Gonorrhoea, and Venereal Disease* 30:3.
- ¹⁴⁵ Informes de una conferencia sobre la profilaxis química contra las enfermedades venéreas realizada con el auspicio del Subcomité de Enfermedades Venéreas el 9 de febrero de 1944. (9 de febrero de 1944). Archivos de PCSBI HSPI, NAS_0003112.
- ¹⁴⁶ El Departamento de Justicia no pudo localizar ningún registro perteneciente a esta investigación. Mensaje de correo electrónico de Mala Adiga, abogado del fiscal general del Departamento de Justicia de los Estados Unidos, a Brian Eiler, principal analista de política e investigación de la Comisión Presidencial para el Estudio de Asuntos de Bioética. (6 de junio de 2011). Archivos de PCSBI HSPI, DOJ_0000098.
- ¹⁴⁷ Informe para el Subcomité de Enfermedades Venéreas. (11 de noviembre de 1943). Archivos de PCSBI HSPI, NAS_0003531; Mahoney, J.F., Van Slyke, C.J., Cutler, J.C., Blum, H.L. (1946). *Óp. cit*.
- ¹⁴⁸ Informe para el Subcomité de Enfermedades Venéreas. (11 de noviembre de 1943). Archivos de PCSBI HSPI, NAS_0003531.
- ¹⁴⁹ Acta de la Vigésimo primera Asamblea del Subcomité de Enfermedades Venéreas. (11 de noviembre de 1943). Archivos de PCSBI HSPI, NAS_0002782. Informes de una conferencia sobre la profilaxis química contra las enfermedades venéreas realizada con el auspicio del Subcomité de Enfermedades Venéreas el 9 de febrero de 1944. (9 de febrero de 1944). Archivos de PCSBI HSPI, NAS_0003114-17.
- ¹⁵⁰ Informes de una conferencia realizada con el auspicio del Subcomité de Enfermedades Venéreas, *óp. cit*.
- ¹⁵¹ En una historia oral llevada a cabo por el Dr. Henrik Blum en 1997, él declaró que su trabajo consistía en “examinar[] a las prostitutas para hallar la bacteria de la gonorrea y conseguir bacterias vivas porque era parte de nuestro experimento”. Según el Dr. Blum, las prostitutas habían sido “arrestadas por la policía. Terre Haute era un poblado famoso por su prostitución, ya que era el centro de minería de carbón bituminoso. Los mineros llegaban a Terre Haute para recrearse: D y R, descanso y recreación”. Henrik Blum, M.D., M.P.H., *óp. cit*.
- ¹⁵² Acta de una conferencia sobre profilaxis química contra las enfermedades venéreas. (9 de febrero de 1944). Archivos de PCSBI HSPI, NAS_0002070.
- ¹⁵³ Informes de una conferencia sobre la profilaxis química contra las enfermedades venéreas realizada con el auspicio del Subcomité de Enfermedades Venéreas el 9 de febrero de 1944. (9 de febrero de 1944). Archivos de PCSBI HSPI, NAS_0003113.
- ¹⁵⁴ *Ibidem*.
- ¹⁵⁵ Acta de una conferencia sobre profilaxis química contra las enfermedades venéreas. (9 de febrero de 1944). Archivos de PCSBI HSPI, NAS_0002072.
- ¹⁵⁶ Acta de una conferencia sobre de la prevención de la infección gonocócica en voluntarios humanos masculinos infectados experimentalmente. (4 de abril de 1944). Archivos de PCSBI HSPI, NAS_0002089.
- ¹⁵⁷ A la conferencia asistieron: 1) El Dr. Oscar F. Cox, el Dr. Phillip Miller y el Dr. Russell Herrold (del NRC), 2) el Dr. Marion R. King, el Dr. R.O. Settle y Warden E.B. Swope (de la Oficina de Prisiones), y 3) los doctores Mahoney, Van Slyke, Cutler y Blum, y el Sr. Harold Hirschhorn y la Sra. Millicent R. Chapman (del PHS). Acta de una conferencia sobre la prevención de la infección gonocócica en voluntarios humanos masculinos infectados experimentalmente, (4 de abril de 1944). Archivos de PCSBI HSPI, NAS_0002089.
- ¹⁵⁸ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, NAS_0002090.
- ¹⁵⁹ Acta de la Vigésimo tercera asamblea del Subcomité de Enfermedades Venéreas del Comité de Medicina. (29 de junio de 1944). Archivos de PCSBI HSPI, NAS_0002108.

- ¹⁶⁰ De John Cutler a John F. Mahoney. (20 de septiembre de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001225.
- ¹⁶¹ Informe final sobre la prevención de la infección gonocócica en voluntarios humanos infectados experimentalmente. (1 de julio de 1944). Archivos de PCSBI HSPI, NAS_0003656.
- ¹⁶² Versión de la Historia del CMR, Sección de Enfermedades Venéreas adjunta al Memorando del 25 de febrero de 1946 de E. Cowles Andrus a Chester S. Keefer. (s. f.). Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000419. La Sección de Enfermedades Venéreas de la versión fue redactada por un equipo dirigido por el Dr. Joseph E. Moore.
- ¹⁶³ Ibidem, Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000420.
- ¹⁶⁴ Mahoney, J.F., Van Slyke, C.J., Cutler, J.C., Blum, H.L. (1946). Óp. cit. El boletín era la publicación oficial de la Asociación Médica Neisseriana de Estados Unidos y, más tarde, de la Asociación Estadounidense de Enfermedades Venéreas. Kampmeier, R.H. (septiembre de 1974). Nota histórica. *Journal of the American Venereal Disease Association* 1(1): 8-9.
- ¹⁶⁵ Mahoney, J.F., Van Slyke, C.J., Cutler, J.C., Blum, H.L. (1946). Óp. cit., p. 32.
- ¹⁶⁶ Ibidem.
- ¹⁶⁷ Ibidem, p. 33.
- ¹⁶⁸ Desde el siglo XVIII, los investigadores han registrado la inoculación en sujetos humanos, a menudo incluidos ellos mismos, con sífilis, gonorrea y chancroide a fin de evaluar las preguntas respecto de la naturaleza de estas enfermedades, el contagio, la inmunidad y demás interrogantes. Weyers, W. (2003). *The Abuse of Man: An Illustrated History of Dubious Medical Experimentation*. Nueva York: Ardor Scribendi, pp. 19-40; Magnuson, H.J., et ál. (1956). Inoculation syphilis in human volunteers. *Medicine* 35(1):35-41; Hill, J. (1943). Experimental infection with *Neisseria gonorrhoeae*. *American Journal of Syphilis, Gonorrhoea, and Venereal Diseases* 27:733-762. El primer estudio de inoculación de STD con el respaldo del gobierno estadounidense que se informó, identificado en el curso de la revisión de la Comisión, se publicó en 1943, “realizado según un contrato, recomendado por el Comité de Investigación Médica, entre la Oficina de Investigación Científica y Desarrollo, y la Facultad de Medicina de la Universidad de Georgia”. Los sujetos humanos fueron inoculados en el muslo con la bacteria del chancroide para evaluar la eficacia de numerosos profilácticos. Greenblatt, R.B., et ál. (1943). Experimental prophylaxis of Chancroid Disease. *American Journal of Syphilis, Gonorrhoea, and Venereal Disease* 27: 30-43; Greenblatt, R.B., et ál. (1944). The experimental prophylaxis of Chancroid Disease – II. *American Journal of Syphilis, Gonorrhoea, and Venereal Disease* 28:165-178.
- ¹⁶⁹ No obstante, estas preocupaciones siguieron a los investigadores hasta Guatemala, como lo prueban algunos de sus esfuerzos por limitar y restringir el acceso a la información del trabajo.
- ¹⁷⁰ Este trabajo también continuó con el auspicio del NRC y la OSRD. Mahoney, J.F., Arnold, R.C., Harris, A. (1943). Penicillin treatment of early syphilis: A preliminary report. *American Journal of Public Health and the Nation's Health* 33(12):1390; Parascandola, J. (2008). *Sex, Sin, and Science: A History of Syphilis in America*. Westport, CT: Praeger, 129.
- ¹⁷¹ Mahoney, J.F., Arnold, R.C., Harris, A. (1943). Óp. cit., p. 1390; New Magic Bullet. (1943). *TIME Magazine*, octubre.
- ¹⁷² Antes del desarrollo de la penicilina, entre las opciones para el tratamiento de la sífilis, se incluían el mercurio, el arsénico, el bismuto, los yoduros y el tiosulfato de sodio. Existían numerosas clases de drogas con arsénico, con diversos grados de eficacia y toxicidad. El Salvarsán resultó ser la más tóxica y, por lo tanto, se reemplazaba, generalmente, con neoarsfenamina, sulfarsfenamina y arsfenamina de plata. Callis, H.A. (1929). Comparative therapy in syphilis. *Journal of the National Medication Association* 21(2):61-63. No obstante, ninguna de estas drogas era completamente efectiva, en particular, en los últimos estadios de la enfermedad. El problema más grande eran los eventos adversos relacionados, entre los que se incluían dermatitis, argiria, irritación renal y lesiones en la sangre, los órganos formadores de sangre y los vasos cerebrales.
- ¹⁷³ New Magic Bullet. (1943). *TIME Magazine*, octubre. En 1943, los Departamentos de Salud Estatal de los Estados Unidos informaron casos de sífilis primaria y secundaria en una proporción de 63,8 cada 100.000. Diez años más tarde, una vez que la penicilina estaba disponible y se había adoptado en todo el territorio estadounidense, los casos de sífilis primaria y secundaria se redujeron casi en un 90 % a una proporción

- de 5,6 cada 100.000. CDC. (1998). Sexually Transmitted Disease Surveillance 1997. CDC: Prevention, Division STD Prevention, 65.
- ¹⁷⁴ Moore, J.E., Mahoney, J.F., et ál. (1944). The treatment of early syphilis with penicillin: A preliminary report of 1,418 cases. *Journal of the American Medical Association* 126(2):67-73. El experimento comenzó en septiembre de 1943.
- ¹⁷⁵ Parascandola, J. (2008). Óp. cit., p. 129-130. En 1944, hubo un debate en cuanto a la cantidad de penicilina que se debía usar en el tratamiento de la sífilis, tal como lo prueban los debates en una conferencia sobre penicilina presidida por el Dr. Moore y realizada con el auspicio del PHS, la FDA (Administración de Drogas y Alimentos) y el NRC un par de años más tarde. El Dr. Mahoney, entre otros, utilizó 1,2 millones de unidades de penicilina durante más de siete días y medio en sus primeros cuatro casos. Mahoney, J.F., Arnold, R.C., Harris, A. (1943). Óp. cit., p. 1390. Según el debate en la conferencia sobre Penicilina, las Fuerzas Armadas, con el asesoramiento del Subcomité de Enfermedades Venéreas, duplicaron esa cantidad cuando en 1944 implementaron el tratamiento con penicilina para la sífilis, usando 2,4 millones de unidades en siete días y medio. Conferencia sobre la penicilina con el auspicio del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, la Administración de Drogas y Alimentos, y el Consejo Nacional de Investigaciones. 27 de marzo de 1946, en 158-159.
- ¹⁷⁶ Moore, J.E., Mahoney, J.F., et ál. (1944). Óp. cit. En respuesta a los resultados preliminares de Mahoney y Arnold, se conformó un Panel de la Penicilina con el auspicio de la OSRD y el Subcomité de Enfermedades Venéreas. Inicialmente, el Panel estaba integrado por los doctores Moore y Mahoney; el Cmte. Walter Schwartz de la Marina de los Estados Unidos; el Tte. Cnel. Thomas Sternberg del Cuerpo Médico del Ejército de los Estados Unidos y el Dr. Barry Wood. Más tarde, se unió al Panel el Dr. John Heller, director médico a cargo de la División de Enfermedades Venéreas. Como se analiza más adelante, el Panel de la Penicilina fue renombrado, en 1946, Sección de Estudio de la Sífilis. Fox, D.M. (1987). The politics of the NIH Extramural Program, 1937-1950. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 42(4):458-459.
- ¹⁷⁷ Además, si bien la sífilis, generalmente, solo es contagiosa en su primer estadio, el tratamiento temprano con penicilina puede dejar a las personas susceptibles de nuevas infecciones y colocarlas nuevamente en un estadio de transmisión.
- ¹⁷⁸ Consejo Nacional de Investigaciones: Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos. (1946). Transcripción: Asamblea de los Investigadores de la Penicilina, Academia Nacional de Ciencias, Washington, D. C.; John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0000892.
- ¹⁷⁹ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0000639.
- ¹⁸⁰ Ibidem.
- ¹⁸¹ Ibidem. Aparentemente, no se publicaron los resultados.
- ¹⁸² Ibidem.
- ¹⁸³ John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001279.
- ¹⁸⁴ Ibidem, Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001278.
- ¹⁸⁵ Ibidem. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001279. Esto se mencionó brevemente en un ensayo presentado por el Dr. Paul D. Rosahn de la Universidad de Yale en una asamblea de los Investigadores de la Penicilina, patrocinada por el PHS y el NRC el 7 y 8 de febrero de 1946. Los doctores J.E. Moore y J.H. Stokes, quienes presidieron la asamblea, también trataron la cuestión durante la parte de análisis general de la asamblea, la mañana del 7 de febrero. Consejo Nacional de Investigaciones: Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos. (1946). Transcripción: Asamblea de los Investigadores de la Penicilina, Academia Nacional de Ciencias, Washington, D. C.
- ¹⁸⁶ John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001279.
- ¹⁸⁷ Mahoney, J.F. (julio de 1947). Algunos aspectos significativos de la investigación de enfermedades venéreas: Trabajo del Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas, Staten Island (Nueva York). *Journal of Venereal Disease Information* 28(7):129.

- ¹⁸⁸ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRR_0000640.
- ¹⁸⁹ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRR_0000639-40. El Dr. Funes visitó el VDRL con el auspicio de la OIAA (Oficina de Asuntos Interamericanos). Con el fin de fomentar las relaciones comerciales y culturales entre Norteamérica y Sudamérica, los Estados Unidos crearon la OIAA en 1941. El nombre de la OIAA se cambió en 1945 a “Coordinador de Asuntos Interamericanos”. Archivo oficial del personal: Juan M. Funes, “Recomendación de nombramiento de asesor especial”. (10 de diciembre de 1948). Archivos de PCSBI HSPI, NPRC_0000807; John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRR_0000639-40; Archivos Nacionales. (1945). Tablas de disposición de los decretos ejecutivos: Franklin D. Roosevelt-1945. Disponible en <http://www.archives.gov/federal-register/executive-orders/1945-roosevelt.html> (fecha de acceso: 16 de mayo de 2011); Archivos Nacionales. (s. f.). Registros de la Oficina de Asuntos Interamericanos. Disponible en <http://www.archives.gov/research/holocaust/finding-aid/civilian/rg-229.html> (fecha de acceso: 16 de mayo de 2011).
- ¹⁹⁰ John Cutler (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRR_0000639-40.
- ¹⁹¹ Existen muchos términos científicos requeridos para describir los experimentos en Guatemala. Para obtener más detalles, consultar el Glosario de términos clave que se encuentra al final de este informe.
- ¹⁹² John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRR_0000643.
- ¹⁹³ John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTRR_0001279; John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRR_0000640. Los investigadores categorizaron el acto sexual como “exposición normal” a las STD. Durante mucho tiempo, el Dr. Mahoney había apoyado la idea de que la mejor práctica en la investigación sobre sífilis, al menos, en los conejos, “requeriría[]” el mantenimiento intacto de la membrana peniana expuesta para preservar “cualquier mecanismo de defensa mecánico o biológico que pueda ser inherente a ella”. Consultar Mahoney, J. F. (1936). An experimental resurvey of the basic factors concerned in prophylaxis in syphilis. *The Military Surgeon* 352-53. Este enfoque se oponía al uso de la “escarificación” de la membrana para causar la infección (que el Dr. Cutler empleó más tarde), ya que dicho método “permite una libertad poco natural de ingreso del organismo”. *Ibidem*. Al analizar la inoculación de animales en la preparación del estudio de Terre Haute, el Dr. Mahoney volvió a argumentar que el método más favorable de inoculación era aquel que “simulaba más fielmente el método de inoculación en seres humanos expuestos a través del acto sexual, es decir, el simple contacto de una emulsión de *T. pallidum* con una superficie mucosa no dañada”. Moore, J.E. (23 de marzo de 1942). Memorando: conferencia sobre la profilaxis química contra las enfermedades venéreas. Archivos de PCSBI HSPI, NAS_0003411. Además, el Dr. Mahoney reiteró la opinión de que la escarificación y la implementación artificial fueron “drásticas...[y] más allá del campo de la transmisión natural”, en una carta que le envió al Dr. Cutler en 1947. De John Mahoney a John Cutler. (8 de septiembre de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRR_0001234. A pesar de las preferencias establecidas por su supervisor, el Dr. Mahoney, el Dr. Cutler defendería su técnica de escarificación y otras más allá del acto sexual cuando la inducción de la infección a través del acto sexual en Guatemala resultó difícil. De John Cutler a John Mahoney. (18 de septiembre de 1947). Archivos de PCSBI HSPI, CTRR_0001231.
- ¹⁹⁴ La Oficina fue establecida por decreto ejecutivo en julio de 1941 con el objetivo de fomentar el “espíritu de cooperación entre el continente americano con el interés de defender el hemisferio”. Decreto ejecutivo 8840, 30 de julio de 1941.
- ¹⁹⁵ Vought, R.L. (1946). The administration of an Inter-American Cooperative Health Program. *Public Administration Review* 6(1):49; Silva-Lizama, E. (2000). History of dermatology in Guatemala. *International Journal of Dermatology* 39(4):305-311. Ese hospital, llamado Hospital Roosevelt (por el Presidente Franklin D. Roosevelt), continúa funcionando como uno de los dos hospitales públicos más importantes que brindan atención gratuita en el país. Además, la presencia de la base militar estadounidense en Guatemala les proporcionó al Dr. Cutler y demás investigadores los suministros y los equipos a través del Servicio de Transporte del Ejército y la Oficina de Correo del Ejército. De John Cutler a John Mahoney. (22 de noviembre de 1946). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRR_0001254; de John Cutler a John Mahoney. (7 de enero de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRR_0001037; de Richard Arnold a John Cutler. (27 de febrero de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRR_0001056; de Richard Arnold a John Cutler. (18 de abril de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRR_0001113; de Ad Harris a John Cutler. (21 de abril de

- 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001114; de John Cutler a John Mahoney. (22 de junio de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001241.
- ¹⁹⁶ Rothman, D.J., óp. cit., pp. 30-31.
- ¹⁹⁷ Fox, D.M., óp. cit., pp. 454-455 aborda la legislación que permitió al PHS conceder subsidios.
- ¹⁹⁸ Ley del Servicio de Salud Pública de 1944, Ley Pública n.º 78-410, 58 Decreto 682; consultar, también, Fox, D.M., óp. cit., p. 454. Antes de que se sancione la Ley del Servicio de Salud Pública de 1944, el Servicio de Salud Pública tenía una autoridad más limitada para proporcionar ayuda económica a los estados y para otorgar subsidios con el fin de combatir enfermedades médicas específicas bajo distintos decretos. Consultar, p. ej., la Ley de Control de Enfermedades Venéreas de 1938, 40 Decreto 886. 24 de mayo de 1938; Ley del Instituto Nacional del Cáncer de 1937, Ley Pública n.º 75-244. 5 de agosto de 1937. Consultar, también, la Declaración del Consejo Nacional Asesor de Salud. (1945). *Science* 102(2640):113, describe la nueva autoridad del NAHC, según la Ley del Servicio de Salud Pública de 1944 y la declaración relacionada con esta nueva autoridad del cirujano general Parran.
- ¹⁹⁹ Ley del Servicio de Salud Pública y del Hospital de la Marina, Ley Pública n.º 57-236, 32 Decreto 712. 01 de julio de 1902.
- ²⁰⁰ La Ley de Ransdell, Ley Pública n.º 71-251, 46 Decreto 379. 26 de mayo de 1930, reorganizó y denominó al Laboratorio de Higiene como el Instituto Nacional de la Salud. En 1930, la Junta Asesora pasó a llamarse Consejo Nacional Asesor de Salud. Ley de Actividades de la Salud Pública, Ley Pública n.º 71-106, 46 Decreto 150. 9 de abril de 1930. También consultar la Declaración del Instituto Nacional de la Salud. (1930). *Science* 72(1861): 214-215, describe la forma en que el Laboratorio de Higiene se convirtió en el Instituto Nacional de la Salud.
- ²⁰¹ Asamblea del Consejo Nacional Asesor de Salud. (1931). *Science* 73(1894): 412-413.
- ²⁰² Institutos Nacionales de la Salud, División de Subsidios para la Investigación. (1996). *Division of Research Grants: A Half Century of Peer Review* Alexandria (Virginia): National Institutes of Health, p. 12.
- ²⁰³ Fox, D.M., óp. cit., p. 456.
- ²⁰⁴ *Ibidem*, p. 457; División de Subsidios para la Investigación, óp. cit., pp. 16-22, describe la transferencia de los contratos del OSRD a la Oficina de Subsidios para la Investigación. Consultar, también, la Ley del Servicio de Salud Pública de 1944, Ley Pública n.º 78-410, 58 Decreto 682; Strickland, S.P. (1989). *The Story of the NIH Grants Program*. Lanham, Maryland: University Press of America, p. 18, describe la forma en que la División de Subsidios para la Investigación surgió como reemplazo en tiempos de paz del OSRD y el CMR.
- ²⁰⁵ Fox, D.M., óp. cit., p. 457. El Dr. Van Slyke, junto con los doctores Parran y Heller, favorecieron un proceso para maximizar la independencia del investigador. El Dr. Van Slyke expresó que el proceso de adjudicación debería estar acompañado de “una aceptación total de un principio básico de la filosofía en que se basa el método científico: la integridad y la independencia del investigador, y la ausencia de control, dirección, reglamentación e interferencia externa”. Consultar Van Slyke, C.J. (13 de diciembre de 1946). New horizons in medical research. *Science* 104(2711):559-562. Consultar, también, Strickland, S.P., óp. cit., p. 22, que describe los “contratos de subsidios” que los doctores Parran y Van Slyke favorecieron cuando los contratos del OSRD se transfirieron al sistema de subsidios de los NIH. En la introducción de un suplemento de los *Informes de Salud Pública* de enero de 1948, el cual listaba las adjudicaciones de investigación, el Dr. Van Slyke explicó, además, que “el investigador científico responsable tiene amplias facultades para emplear los fondos de los subsidios para la investigación. Los beneficiarios de las adjudicaciones tienen la libertad total de llevar a cabo proyectos de la forma en que ellos elijan. Se les solicita únicamente que realicen informes para garantizarle al gobierno que el dinero que gastan para su investigación se usa de manera sensata y cuidadosa”. Servicio de Salud Pública de los EE. UU. (1948). *Research Grants Awarded by Public Health Service, supplement No. 205*. Washington, D. C.: Imprenta del Gobierno de EE. UU. Archivos de PCSBI HSPI, MISC_0000037.
- ²⁰⁶ Van Slyke, C.J., óp. cit., p. 559; Fox, D.M., óp. cit., p. 457; Strickland, S.P., óp. cit., p. 19.
- ²⁰⁷ Van Slyke, C.J., óp. cit., p. 559. Consultar, también, Allen, E.M. (1980). Perspectiva histórica: Early years of NIH research grants. *NIH Alumni Association Newsletter* 2(2): 6-8.
- ²⁰⁸ Ley del Servicio de Salud Pública de 1944, Ley Pública n.º 78-410, 58 Decreto 692, §301(d); Van Slyke, C.J., óp. cit., p. 562.

- ²⁰⁹ Fox, D.M., óp. cit., pp. 458-459, cita una carta de diciembre de 1945 del Dr. Parran al administrador de la Agencia de Seguridad Federal. Consultar, también, el Comité de Investigación Médica y el Servicio de Salud Pública. (1946). The treatment of early syphilis with penicillin: A joint statement. *JAMA* 131(4): 265-266, describe el rol del Panel de la Penicilina del NRC y la transferencia de sus responsabilidades a la Sección de Estudio de la Sífilis de los NIH “con la misma cantidad de miembros” más dos médicos y un experto en bioestadística.
- ²¹⁰ La Sección de Estudio de la Sífilis se reunió con el fin de “escuchar escritos e informes de progreso de las investigaciones sobre sífilis y penicilina”. Consultar de Ernest Allen a R.E. Dyer. (8 de marzo de 1946). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000129. No se pudo encontrar ningún protocolo ni aplicación específicos considerados por el grupo, entre ellos los que se utilizaron en la investigación de Guatemala.
- ²¹¹ No existen pruebas que indiquen que el Dr. Mahoney, arquitecto y supervisor del trabajo de Guatemala, se abstuvo de revisar el proyecto.
- ²¹² La lista de los miembros proviene de una publicación de diciembre de 1946 del entonces jefe de la División de Subsidios para la Investigación de los NIH, Dr. C.J. Van Slyke. Consultar Van Slyke, C.J., óp. cit., p. 567. Una publicación anterior creada por el CMR del OSRD y el PHS en mayo de 1946 sugiere una cantidad de miembros un poco diferente, compuesta por el Dr. J.W. Ferree (Marina), el Dr. John F. Mahoney (Subcomité de Enfermedades Venéreas), el Dr. Joseph E. Moore (Subcomité de Enfermedades Venéreas), el Dr. Walter Schwartz (Marina), el Dr. Harry C. Solomon (Universidad de Harvard), el Dr. T.H. Sternberg (Ejército), el Dr. John H. Stokes (Universidad de Pensilvania) y el Dr. W.B. Wood, Jr. (Comité de Quimioterapia y Otros Agentes). Consultar el Comité de Investigación Médica y el Servicio de Salud Pública, óp. cit., p. 265.
- ²¹³ Esta descripción del estudio proviene de una carta final del presidente Moore al Dr. C.J. Van Slyke, con una copia de la Sección de Estudio completa, durante la deliberación de la reautorización del subsidio original. De Joseph E. Moore a C.J. Van Slyke. (26 de mayo de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000036.
- ²¹⁴ Un resumen de este trabajo se incluyó en un grupo de “todos los proyectos nuevos” que se distribuyó a los miembros del NAHC para su revisión, antes de la asamblea llevada a cabo en marzo, pero los resúmenes no se han localizado. Consultar de Ernest Allen a R.E. Dyer. (8 de marzo de 1946). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000129. Consultar Van Slyke, C.J., óp. cit., pp. 556, 564. Consultar, también, Fox, D.M., óp. cit., p. 450.
- ²¹⁵ Otros miembros que estuvieron presentes en la asamblea del NAHC los días 8 y 9 de marzo de 1946 fueron los siguientes: Gordon M. Fair (Universidad de Harvard), A. Baird Hastings (Universidad de Harvard), Carl S. Marvel (Universidad de Illinois), Kenneth F. Maxcy (Universidad Johns Hopkins), Karl F. Meyer (Universidad de California, San Francisco), Harry S. Mustard (Universidad de Columbia), William C. Rose (Universidad de Illinois), Henry F. Vaughan (Universidad de Michigan), Harry W. Schoening (Departamento de Agricultura de los EE. UU.), Cmte. O.L. Burton (Marina de los EE. UU.), R.E. Dyer (director de los NIH) y Col. Karl R. Lundeberg (Ejército de los EE. UU.). Los miembros ausentes fueron Edwin B. Fred (Universidad de Wisconsin), Lowell J. Reed (Universidad Johns Hopkins) y John H. Musser (Universidad de Tulane). Asamblea del Consejo Nacional Asesor de Salud del Servicio de Salud Pública de los EE. UU. (8 y 9 de marzo de 1946). Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000544; Van Slyke, C.J., óp. cit., pp. 559-567.
- ²¹⁶ Acta de la Asamblea del Consejo Nacional Asesor de Salud. (8 y 9 de marzo de 1946). Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000546. El acta de la asamblea muestra que la adjudicación de este subsidio fue inusual de otras maneras. El NAHC consideró treinta solicitudes de subsidio durante los dos días que duró la asamblea y el acta enumera cada propuesta con el nombre de una institución como beneficiario y el nombre de una persona como investigador principal. La única excepción es el subsidio RG-65 que, simplemente, nombra a “Guatemala” como beneficiario y a la “Unión Panamericana” como investigador. Además, el monto recomendado para el RG-65 era llamativamente elevado, más de cinco veces superior a cualquier otro subsidio aprobado durante la asamblea. Un poco más de un año después, los días 14 y 15 de mayo de 1947, el Dr. Parran presidió otra asamblea del NAHC que recomendaba la continuación del subsidio RG-65(C) por el monto de \$105.800, el monto más elevado de dinero propuesto para cualquiera de los subsidios recomendados en la asamblea. Los miembros que estuvieron presentes en la asamblea del 14 y 15 de mayo fueron George Baehr, Gordon Fair, A. Baird Hastings, Carl S. Marvel, Karl F. Meyer, John H. Musser, Harry S. Mustard, Henry F. Vaughan, Cmte. O.L. Burton, Col. Karl R. Lundeberg, Harry W.

- Schoening y R.E. Dyer. También estuvieron presentes personas que no eran miembros, como el cirujano general adjunto, James A. Crabtree; C.J. Van Slyke; Ernest Allen; John D. Porterfield; David E. Price y Mary Switzer (asistente del administrador de la Agencia de Seguridad Federal). Archivos de PCSBI HSPI, NARA-II_0000473-74; subsidios para la investigación médica. (26 de abril de 1947). *JAMA* 17(133): 1289 (que informó "de los 193 subsidios que complementan los fondos existentes de las universidades y de otras instituciones de investigación, el más grande, de \$105.800, fue recomendado para un estudio sobre sífilis por la Oficina Sanitaria Panamericana").
- 217 Además, el PHS envió materiales y suministros. De C.H. Morrison a John Cutler. (4 de noviembre de 1946). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001262. El monto preciso que se concedió y se distribuyó para el RG-65, 65(c) no es claro. El suplemento n.º 205, revisado, de los Informes de Salud Pública muestra que el monto total realmente otorgado para el Subsidio 65, 65(c) al 31 de agosto de 1948 fue de \$171.950 (\$44.300 menos que el monto total recomendado por el NAHC). Servicio de Salud Pública de los EE. UU. (1948), *Research Grants Awarded by PHS, Informes de Salud Pública*, suplemento n.º 205, revisado, p. 38. Archivos de PCSBI HSPI, MISC_0000907. Además de los fondos de los subsidios que el PHS le otorgó a la PASB, el PHS pagó los sueldos de cinco de los investigadores que trabajaron en los estudios sobre las STD en 1948 (John C. Cutler, Virginia Lee Harding, Sacha Levitan, Joseph Portnoy y Alice Walker), lo que significó una cifra de \$23.585,91 en servicios en especie. PASB. PASB Statement of Services in kind. (s. f.). Archivos de PCSBI HSPI PAHO_0000577-78. Los registros de los sueldos de la PASB del año 1946 o 1947 no estuvieron disponibles, pero un cálculo aproximado de la combinación de los años 1946 y 1947 sería una contribución del PHS de servicios en especie de \$27.500. Si combinamos estas cifras, la cantidad estimada que el PHS le proporcionó a la PASB en forma de financiamiento y servicios directos con el objetivo de llevar a cabo las investigaciones sobre STD en Guatemala es de \$223.032,91.
- 218 Comité ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud. Final Report of the Fourth Meeting of the Executive Committee of the Pan American Sanitary Bureau (del 3 al 13 de mayo de 1948). p. 9. Archivos de PCSBI HSPI, PITT_0000182.
- 219 Mientras describía la construcción en una publicación de 1951, la seróloga de la PASB, Genevieve Stout, en detalle desde el PHS de los EE. UU., explicó que se realizó "con el objetivo de llevar a cabo una investigación sobre la situación serológica que presentan las personas en ese lugar". Stout, G.W., Cutler, J.C. (1951). Problemas de serología (sífilis) en Centroamérica. *Journal of Venereal Disease Information*, 32(7): 237.
- 220 Sin firmar [John Cutler] a Richard Arnold. (21 de agosto de 1946). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001215.
- 221 El Dr. Spoto estaba realizando un trabajo en Guatemala sobre la oncocercosis (una enfermedad parasitaria que causa ceguera). Mientras trabajaba con la Dirección General de Sanidad Pública de Guatemala, Spoto y sus colegas examinaron a más de 1.000 personas infectadas cerca de la ciudad de Guatemala en el año 1945. Clark, W.B. (1947). Ocular onchocerciasis in Guatemala: An investigation of 1,215 natives infected with onchocerca volvulus. *Transactions of the American Ophthalmological Society* 45:461-501.
- 222 Sin firmar [John Cutler] a R.C. Arnold. (21 de agosto de 1946). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001215.
- 223 De John Cutler a John Mahoney. (3 de septiembre de 1946). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001213.
- 224 *Ibidem*.
- 225 De John Cutler a John Mahoney. (1 de octubre de 1946). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001210.
- 226 John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000629. Joseph Portnoy siguió en septiembre de 1946, el Dr. Harlow llegó en el invierno de 1947 y el Dr. Levitan se unió en la primavera de 1947. De John Cutler a John Mahoney (3 de septiembre de 1946). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001213; De John Cutler a John Mahoney. (21 de septiembre de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001225; De John Cutler a John Mahoney. (4 de febrero de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001047.
- 227 John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000641. También se hizo referencia a los acuerdos y los "compromisos" en la correspondencia contemporánea de Cutler. Consultar, p. ej., De John Cutler a John Mahoney. (3 de septiembre de 1946). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001213 y De John Cutler a John Mahoney. (20 de septiembre de

- 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001225. Las copias de estos acuerdos no se incluyeron en los Documentos de Cutler y no se han localizado. Las búsquedas se llevaron a cabo en los archivos de la PAHO y en los Archivos Nacionales.
- ²²⁸ Aunque los acuerdos pueden haberle otorgado a los investigadores la autoridad que reclamaban, es evidente que algunos de los detalles concretos, como el uso de “huérfanos y de personas con enfermedades mentales”, se llevaron a cabo mucho después de su llegada en agosto de 1946. Consultar, p. ej., De John Cutler a John Mahoney. (7 de enero de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001039; De John Cutler a John Mahoney. (3 de septiembre de 1946). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001213.
- ²²⁹ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000642. El Dr. Cutler agregó que hubieran tenido acceso a “excelentes instalaciones para realizar un seguimiento minucioso de la sífilis” en el Hospital Militar y la Penitenciaría. De John Cutler a John Mahoney. (3 de septiembre de 1946). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001213.
- ²³⁰ *Ibidem*. Aunque no se pudieron encontrar estos acuerdos, se realizaron las solicitudes correspondientes a la PAHO (la organización sucesora de la PASB) y al gobierno de los EE. UU.
- ²³¹ John Cutler. Informe final sobre sífilis. (24 de febrero de 1955). Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000641.
- ²³² De John Cutler a John Mahoney. (3 de septiembre de 1946). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001213.
- ²³³ En 1946, el Dr. Mahoney le dijo al Dr. Cutler: “Tengo el mayor de los respetos por el criterio y la capacidad [de Spotó]...”. De John Mahoney a John Cutler. (18 de noviembre de 1946). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001194.
- ²³⁴ De John Cutler a John Mahoney. (17 de octubre de 1946). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001208.
- ²³⁵ De John Cutler a John Mahoney. (12 de noviembre de 1946). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001196.
- ²³⁶ PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos.
- ²³⁷ De John Mahoney a John Cutler. (15 de octubre de 1946). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001200.
- ²³⁸ De John Mahoney a John Cutler. (18 de noviembre de 1946). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001195.
- ²³⁹ De John Cutler a John Mahoney. (30 de noviembre de 1946). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001192.
- ²⁴⁰ [Traducción]. De Constantino Alvarez B. a John Cutler. (26 de diciembre de 1946). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001068.
- ²⁴¹ [Traducción]. De John Cutler a Constantino Alvarez B. (13 de enero de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001068.
- ²⁴² [Traducción]. De Carlos Tejeda a John Cutler. (17 de junio de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001075.
- ²⁴³ De John Cutler a Carlos Tejeda. (26 de junio de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001072-73.
- ²⁴⁴ [Traducción]. (1947). Primera Asamblea de Cirujanos Militares. *Diario de Centroamérica*. 17 de julio de 1947.
- ²⁴⁵ De John Cutler a John Mahoney. (20 de enero de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001041.
- ²⁴⁶ *Ibidem*.
- ²⁴⁷ *Ibidem*. En su Informe final sobre sífilis de 1955, el Dr. Cutler indicó que los investigadores iniciaron un programa de pruebas serológicas para todos los nuevos ingresos de la prisión e implementaron un sistema de “profilaxis” para los prisioneros que mantenían relaciones sexuales con una mujer que no era su esposa. John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000644. Sin embargo, la carta del 20 de enero de 1947 que el Dr. Cutler le envió al Dr. Mahoney

- sugiere que un programa de profilaxis integral se realizaba a base de placebo. De John Cutler a John Mahoney. (20 de enero de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001041.
- ²⁴⁸ PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos.
- ²⁴⁹ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis, Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0000628. El Dr. Robles también aparecía como “participante del gobierno de Guatemala” en los experimentos con sífilis en el Informe final sobre sífilis del Dr. Cutler. *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0000629-30.
- ²⁵⁰ PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos.
- ²⁵¹ De John Cutler a John Mahoney (10 de enero de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001040; De John Mahoney a John Cutler (20 de enero de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001049.
- ²⁵² John Cutler. (29 de octubre de 1952). Informe sobre los Estudios Experimentales con Gonorrea. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001356; John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0000629; John Cutler. (s. f.). Informe del experimento con chancroide. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0000947.
- ²⁵³ De John Cutler a John Mahoney. (5 de noviembre de 1946). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001198.
- ²⁵⁴ De John Cutler a John Mahoney. (5 de noviembre de 1946). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001198.
- ²⁵⁵ *Ibidem*, De John Cutler a John Mahoney. (30 de noviembre de 1946). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001192.
- ²⁵⁶ De John F. Mahoney a John Cutler. (21 de junio de 1948). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001143; Falcone, H.H., Harris, A., Olansky, S., Salvado, C., Cutler, J.C. (1953). A study of the Neurath Inhibition Phenomenon in the serodiagnosis of syphilis. *American Journal of Syphilis, Gonorrhoea, and Venereal Diseases* 37(3): 264-272. Memorando al Sr. Gustavo An[í]rada y al Sr. C.H. Morrison. Asunto: asesores remunerados; doctores Funes y Salvado. (5 de abril de 1950). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001964.
- ²⁵⁷ El Dr. Aragon fue designado director del Orfanato en enero de 1946. Nuevo Director del Hospicio Nacional. (1946). *Diario de Centroamérica*, 24 de enero. El Dr. Aragon fue director del Orfanato hasta 1951, cuando fue transferido. Homenaje al Doctor Aragon en sus bodas de oro profesionales. (1971). *El Imparcial*. 4 de diciembre.
- ²⁵⁸ Stout, G.W., Cutler, J.C., óp. cit., p. 237. Consultar, en términos generales, Aragon, H.A. (octubre de 1948). Estudio de la sífilis y pruebas de la serología en el Hospicio Nacional de Guatemala. *Salubridad y Asistencia*; Levitan, S., et ál. (Julio de 1952). Estudios serológicos y clínicos relacionados con la sífilis en Guatemala, Centroamérica: I. Estudios de desempeño comparativo de las pruebas de Kahn, Kolmer, Mazzini y VDRL en portaobjetos como se realizaban en el Orfanato Nacional. *American Journal of Syphilis, Gonorrhoea, and Venereal Diseases* 36:379.
- ²⁵⁹ Cuando finalizó la investigación, el Dr. Cutler concluyó que las pruebas de Kahn y Mazzini arrojaban altas cantidades de falsos positivos, mientras que las pruebas de Kolmer y VDRL en portaobjetos tenían una mejor especificidad (precisión). Funes, J.M., Cutler, J.C., Levitan, S., Portnoy, J., Funes, R. (1953). Estudios serológicos y clínicos con referencia a la sífilis in Guatemala, Centroamérica: II. Observaciones efectuadas en un grupo de niños de escuela en el Puerto de San José. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 34(1):14-18. Los primeros dos métodos que utilizan antígenos lipoidales dieron como resultado importantes cantidades de falsos positivos, ya que los anticuerpos que reaccionan con el antígeno no son específicos de la sífilis. De hecho, estos anticuerpos pueden estar presentes en muchas otras afecciones, entre ellas la malaria y la lepra. Kahn, R.L. (1972). Syphilis serology with lipoidal antigen: The meaning of positive reactions. *Journal of the National Medical Association* 64(2):117-121. A pesar de que los antígenos cardiolipínicos tampoco son específicos para la sífilis, el Informe final sobre sífilis del Dr. Cutler menciona un nivel más bajo de falsos positivos mediante pruebas empíricas: “en las pruebas de floculación que utilizan antígenos lipoidales crudos [las pruebas de Kahn y Mazzini]... se observa un índice mucho más elevado de positividad serológica que las pruebas de fijación del complemento que utilizan antígenos lipoidales o de lecitina y cardiolipina crudos [la prueba de Kolmer] o las pruebas de floculación que utilizan antígenos de lecitina y cardiolipina [la prueba de VDRL en portaobjetos]”. John Cutler. Informe final sobre sífilis. (24 de febrero de 1955). Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0000675.

- ²⁶⁰ Dugdale, D.C. (1 de diciembre de 2009). Biblioteca Nacional de Medicina e Institutos Nacionales de la Salud. Medline Plus, Serología. Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003511.htm>.
- ²⁶¹ Dugdale, D.C. (1 de diciembre de 2009). Biblioteca Nacional de Medicina e Institutos Nacionales de la Salud. Medline Plus, colección sobre el líquido cefalorraquídeo (CSF). Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003428.htm>. (fecha de acceso: 8 de septiembre de 2011). La bibliografía contemporánea plantea la “importancia fundamental” del examen del líquido cefalorraquídeo para la detección de la sífilis: “una guía sobre las consecuencias y la necesidad de tratamiento tanto en la neurosífilis temprana como tardía; el examen del líquido cefalorraquídeo se volvió indispensable y no insistir en la prueba puede clasificarse como negligencia culpable”. Stokes, J.H., Beerman, H., Ingraham, N.R. (1944). *Modern Clinical Syphilology: Diagnosis, Treatment, Case Study*. Filadelfia: W.B. Saunders Company, pp. 1094-1114.
- ²⁶² De John Cutler a John F. Mahoney. (12 de noviembre de 1946). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001196.
- ²⁶³ Stout, G.W. (1962). Expedientes del personal, nominación para el galardón de reconocimiento departamental. Archivos de PCSBI HSPI, Archivos de PCSBI HSPI, NPRC_0002555.
- ²⁶⁴ De John Cutler a John F. Mahoney. (12 de noviembre de 1946). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001196.
- ²⁶⁵ De John Cutler a John F. Mahoney. (6 de diciembre de 1946). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001253. El VDSPH era un hospital principalmente para las trabajadoras sexuales en Guatemala, quienes, según lo establecía la ley, debían presentarse en los Dispensarios Profilácticos dos veces por semana para realizarse exámenes físicos. Reglamento de la Sección de profilaxia y de enfermedades venéreas: Leyes conexas con el mismo. (Junio de 1938). Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001692-1693. El Dr. Funes “era el responsable de la supervisión médica de las prostitutas y de todos los centros de tratamiento rápido donde todos los pacientes con enfermedades venéreas podían ser hospitalizados para recibir tratamiento gratuito”. John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000640. El Dr. Cutler también les realizó varias pruebas serológicas para la sífilis a los hombres que se encontraban en la base de las Fuerzas Aéreas de los EE. UU. en San José, Guatemala. De John Cutler al comandante de la Base de las Fuerzas Aéreas de los EE. UU. en San José, Guatemala. (21 de diciembre de 1946). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001245.
- ²⁶⁶ Las muestras de sangre de la Fuerza Aérea se utilizaron en un estudio sobre el “fenómeno de inhibición de Neurath”, que se desarrolló con el fin de ayudar en el serodiagnóstico de la sífilis. Originalmente probado por el VDRL en Staten Island, el procedimiento de Neurath fue realizado, luego, por los investigadores en Guatemala “en varios individuos en un grupo poblacional que presentaba un porcentaje elevado de reacciones positivas...”. Las muestras de sangre para este estudio se obtuvieron de niños del orfanato, escolares de San José y adultos sífilíticos de la ciudad de Guatemala. Los hombres estadounidenses situados en la base de la Fuerza Aérea en Guatemala se utilizaron como control “para demostrar si los reactivos utilizados y la ejecución del procedimiento en Guatemala producirían el mismo tipo de resultados que aquellos obtenidos de las pruebas realizadas en este país en individuos de la población estadounidense”. Falcone, V.H., et ál., óp. cit., pp. 264-265, 269.
- ²⁶⁷ En la medida en que los experimentos serológicos fueran parte de la atención médica, las prácticas convencionales en los Estados Unidos no exigían ningún consentimiento escrito ni formalizado para las pruebas. Faden, R.R., Beauchamp, T.L. (2009). The concept of informed consent. En Vaughn, L. (ed.). (2009). *Bioethics: Principles, Issues, and Cases*. Nueva York: Oxford University Press, p. 146. Sin embargo, aunque los registros disponibles muestran que tres niños en el orfanato recibieron tratamiento para la sífilis congénita, no existen registros que indiquen tratamiento para los demás niños. Levitan, S., et ál., óp. cit., pp. 380-381.
- ²⁶⁸ PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos.
- ²⁶⁹ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000643.
- ²⁷⁰ Todavía existían interrogantes sobresalientes sobre si las personas con sífilis sin tratar eran resistentes a la infección con una cepa de sífilis diferente o si las personas con sífilis latente tratada eran inmunes a la reinfección. Si las respuestas a estas dos preguntas resultaran ser válidas y muchos de los prisioneros ya tuvieran sífilis, habría pocos hombres para realizar una profilaxis apropiada. John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000646.

- 271 *Ibidem*.
- 272 John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0000648.
- 273 *Ibidem*.
- 274 Sin embargo, no parece que los prisioneros hayan sido sometidos a métodos de pruebas serológicas más invasivos, como punciones lumbares o intracisternales, utilizados por los investigadores, más tarde, en otras poblaciones.
- 275 John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0000652.
- 276 No está claro cuándo comenzó la investigación; sin embargo, el Dr. Cutler le escribió al Dr. Arnold en junio de 1947 con el fin de contarle que se dirigían a San José para “trabajar nuevamente” con los niños. En la misma carta, el Dr. Cutler le explicó que las pruebas que se realizaban en el orfanato eran más preliminares (“Hemos comenzado con el orfanato, pero apenas lo palpamos, de modo que no hay nada para informar”). Sin firmar [John Cutler] a Richard Arnold. (5 de junio de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001240.
- 277 *Ibidem*; Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001240; Levitan, S., et ál., *op. cit.*, p. 379. El análisis de datos continuó hasta principios de la década de 1950. Stout, G.W., *op. cit.*
- 278 Esta cantidad está constituida por 515 niños del orfanato, 151 niños de Puerto de San José, 277 niños “indígenas” de Tonicapán y 441 niños “ladinos” de las “tierras altas” de Guatemala. Stout, G.W., *op. cit.*, p. 238.
- 279 *Ibidem*, pp. 238-239.
- 280 John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0000649. Los registros del Dr. Cutler no profundizan por qué la sífilis congénita sería evidente para los investigadores, pero existen muchos síntomas clínicos de la sífilis congénita que se diferencian de la sífilis adquirida por contacto sexual. Stokes, J.H., *op. cit.*, pp. 1094-1114. El Dr. Funes repitió este fundamento en su artículo sobre los niños, argumentando que “para estudiar las reacciones de falsos positivos de las pruebas serológicas, es necesario seleccionar un grupo que no sea maduro sexualmente y en el que la probabilidad de sífilis adquirida sea mínima” [traducción]. Funes, J.M., et ál., *op. cit.*, pp. 14-18.
- 281 Funes, J.M. (enero de 1949). Avances venereológicos en la sección correspondiente de la Dirección General de Sanidad Pública de Guatemala. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 28(1):48-49.
- 282 Aragon, H.A. (Octubre de 1948). Estudio de la sífilis y pruebas de la serología en el Hospicio Nacional de Guatemala. *Salubridad y Asistencia*: 187-190.
- 283 Los investigadores informaron que fue financiada, en parte, por el subsidio del PHS otorgado a la PASB, RG-65/65(C). Funes, J.M., et ál., *op. cit.*
- 284 De John Cutler a Willard H. Wright. (13 de febrero de 1948). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001173. Estos datos se publicaron, posteriormente, en Wright, W.H., Dobrovolny, C.G. (1953). Experiments in the control of schistosomiasis in Brazil. *Public Health Reports* 68(12):1156-1160. De Willard H. Wright a John Cutler. (18 de febrero de 1948). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001174. El Dr. Funes escribió, de forma similar, sobre el envío de muestras de sangre de niños en edad escolar provenientes de Puerto de San José al Laboratorio de Enfermedades Tropicales en los Estados Unidos para obtener un análisis más detallado de los casos sospechosos de malaria. Funes, J.M., et ál. (1953). Estudios serológicos y clínicos con referencia a la sífilis en Guatemala, Centroamérica: II. Observaciones efectuadas en un grupo de niños de escuela en el Puerto de San José. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 34(1):15. A mediados de 1948, el gobierno de Guatemala, en cooperación con el Servicio de Salud Pública de los EE. UU. y la Oficina Sanitaria Panamericana, comenzó un estudio a gran escala sobre la malaria en diferentes lugares de Guatemala. Schmidt, L.H. y Coatney, G.R. (1955). Review of investigations in malaria chemotherapy (Estados Unidos, de 1946 a 1954). *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 4(2):208-216; Dobrovolny, C.G., et ál. (1953). Chloroquine and chlorguanide as suppressants of malaria in Guatemala. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 2(5): 808-845. El Dr. Charles S. Dobrovolny, parasitólogo del Laboratorio de Enfermedades Tropicales de los NIH y funcionario comisionado, fue asignado a la PASB para el estudio sobre malaria en Guatemala. PASB Statement of Service in Kind. (s. f.). Archivos de PCSBI HSPI, PAHO_0000578; Wright, W.H., Dobrovolny, C.G., *op. cit.* El Dr. Dobrovolny y su supervisor en los estudios sobre malaria, Dr. Coatney, publicaron un artículo en 1953 en el que se detallaban los informes sobre la malaria y los

- estudios de tratamiento en todo el territorio de Guatemala. Dobrovolsky, C.G., White, W.C. y Coatney, G.R. (1953). Chloroquine and chlorguanide as suppressants of malaria in Guatemala. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 808-845. El Dr. Coatney fue el mismo médico que había discutido sus observaciones de los experimentos en Guatemala con el Dr. Parran y quien le escribió al Dr. Cutler en el invierno de 1947 con el fin de informarle sobre la reacción “alegre” del Dr. Parran, como se describe en la sección “Raza y secretos durante los experimentos en Guatemala: cuestiones sobre el secretismo”. De G. Robert Coatney a John C. Cutler. (17 de febrero de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001051.
- ²⁸⁵ De John Cutler a John Mahoney (6 de junio de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001070.
- ²⁸⁶ Funes, J.M., et ál., óp. cit.
- ²⁸⁷ *Ibidem*. No hay información que indique si se trató a los niños con sífilis confirmada.
- ²⁸⁸ [Sin firmar] De John Cutler a J. F. Mahoney. (18 de septiembre de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001228. La investigación completa se publicó en 1953. Funes, J.M., Cutler, J.C., Levitan, S., Portnoy, J., Funes, R. Estudios serológicos y clínicos con referencia a la sífilis in Guatemala, Centroamérica: II. Observaciones efectuadas en un grupo de niños de escuela en el Puerto de San José. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 14-18.
- ²⁸⁹ En algunos artículos, hay datos contradictorios sobre la cantidad de niños del orfanato que participaron y, también, sobre sus edades. Stout et ál. informó que estuvieron involucrados 515 niños de entre 1 y 18 años de edad, confirmado por el informe del director del orfanato. El Dr. Levitan et ál. informó que participaron 438 niños de 6 a 16 años de edad. No es clara la razón de estas discrepancias. Consultar Stout, G.W., óp. cit., p. 238; consultar también Levitan, S., et ál., óp. cit., p. 379. En los informes publicados, se reconoce que el Ministerio de Salud Pública patrocinó el estudio que también “recibió ayuda mediante un subsidio que el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos le otorgó a la Oficina Sanitaria Panamericana”. Levitan, S. et ál., óp. cit., p. 379.
- ²⁹⁰ El Segundo Congreso de Enfermedades Venéreas en Centroamérica, “un acontecimiento que es singularmente importante para el país de Guatemala con respecto a la lucha contra las enfermedades extendidas ampliamente”, se llevó a cabo del 26 de abril al 1 de mayo de 1948. [Traducción]. (1948). Segundo Congreso de Venereología el 25: Asistirán Observados de los Estados Unidos, México y Cuba y Países Centroamericanos. *El Imparcial*. 5 de abril de 1948. Los Estados Unidos, Cuba, México, Panamá y las repúblicas de Centroamérica fueron participantes. El comité organizador del Segundo Congreso estuvo integrado por los doctores Galich, Funes, Aguilar, Tejeda y Cutler. (1947). Guatemala será sede del II Congreso de Venereología. *El Imparcial*. 29 de abril de 1947. El Dr. Arnold le solicitó al Dr. Cutler que cualquier escrito que los investigadores deseen presentar en el congreso debía enviarse al VDRL en Staten Island para su aprobación. De R.C. Arnold a John Cutler. (30 de diciembre de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001108. Los temas del congreso incluían los siguientes: “a) Valoración de la penicilina en el tratamiento de la sífilis; b) Evaluación de la arsenoterapia semiintensiva de 20 días de duración; c) Estudio de la acción del salicilato de sodio en el tratamiento del linfogranuloma venéreo y apreciación de otros métodos de tratamiento; d) Resultados obtenidos sobre el sistema represivo de prostitución en general y estudios relacionados sobre su aspecto económico; e) Evaluación de las probabilidades de matrimonio entre sífilíticos tratados con los sistemas intensivos; f) Las enfermedades venéreas en la infancia; g) Temas libres, siempre relacionados con los temas generales” [Traducción]. Otros temas que trataron los subcomités son los siguientes: “a) Problemas sociales y legislativos; b) Gonorrea; c) Psiquiatría de la prostitución; d) Neurosífilis; e) Serología; f) Tratamiento intensivo; g) Otras enfermedades venéreas; h) Enfermedades venéreas e infancia; i) Tratamiento con penicilina” [Traducción]. (1948). Segundo Congreso de Venereología el 25: Asistirán Observados de los Estados Unidos, México y Cuba y Países Centroamericanos. *El Imparcial*. 5 de abril de 1948. Entre los asistentes, se encontraban los doctores Arnold y Spoto, así como “[c]uatro médicos estadounidenses que representan al ejército, la marina, las fuerzas militares y la aviación civil...” [Traducción]. (1948). Un acontecimiento será el Congreso de Venereología: Eminencias médicas de otros países concurrirán, además. *Diario de Centroamérica*. (15 de abril de 1948), p. 7. Oficina Sanitaria Panamericana. (1948). Expenditure Breakdown: Año civil 1948. Archivos de PCSBI HSPI, PAHO_0000568. El Dr. Galich informó lo siguiente en este congreso: “se están llevando a cabo ensayos o pruebas con penicilina, hasta el momento con resultados excepcionales, para demostrar, sin lugar a dudas, que la sífilis primaria puede curarse con solo una ampolla o dosis, tal como ocurre en los Estados Unidos, aparentemente con gran éxito”. [Traducción]. (1948). Sistemas de Diagnóstico al Congreso de Venéreas. *El Imparcial*. 29 de abril de 1948.

- ²⁹¹ Aragon, H.A. (1948). Estudio de la sífilis y pruebas de la serología en el Hospicio Nacional de Guatemala. *Salubridad y Asistencia* 20:187-190.
- ²⁹² *Ibidem*, p. 187.
- ²⁹³ Levitan, S., et ál., *óp. cit.*, pp. 380-381.
- ²⁹⁴ *Ibidem*. (“En el momento en que 55 [niños], llamados al azar, habían sido revisados, además de 3 niños seropositivos, se creía que se había convocado a una cantidad suficiente de casos de estudio”). Por lo tanto, 34 niños que tenían un resultado seropositivo, en cierto modo dudoso, no fueron examinados para observar manifestaciones clínicas de la sífilis.
- ²⁹⁵ Ninguno de los 89 seroreactores exhibió otros síntomas clínicos evidentes de sífilis durante el período de observación. En su estudio, los investigadores concluyeron que las pruebas de Kolmer y VDRL eran mejores para uso de rutina “en condiciones como las que existen en la región de la que se extrae a este grupo”. Levitan, S., et ál., *óp. cit.*, p. 387. En ese entonces, las punciones lumbares podrían haberse considerado normas de atención médica para el diagnóstico de la sífilis. Los riesgos relacionados con dicha punción lumbar incluyen cefalea después del procedimiento, que puede estar acompañada de náuseas, vómitos y mareos. Los niños también corrían el riesgo de experimentar dolor de espalda irradiado, hemorragia grave y, raramente, meningitis infecciosa o hernia del tronco encefálico por este procedimiento, aunque no hubo documentación relacionada con los efectos secundarios. Mayo Clinic. (2010). Punción lumbar. Definición. Disponible en <http://www.mayoclinic.com/health/lumbar-puncture/MY00982> (fecha de acceso: 27 de mayo de 2011).
- ²⁹⁶ Stout, G.W., *óp. cit.*, p. 239.
- ²⁹⁷ *Ibidem*.
- ²⁹⁸ Documentos de Cutler. (1947-1948). Boletín de Guatemala: Estudios con soldados (GC). Cuaderno clínico. Archivos de PCSBI HSPI, CTRL_0000620.
- ²⁹⁹ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRL_0000704.
- ³⁰⁰ Sin firmar [John Cutler] en el membrete de la carta de la PASB a Richard Arnold. (5 de junio de 1947). Archivos de PCSBI HSPI, CTRL_0001240; Levitan, S., et ál., *óp. cit.*, p. 379. El análisis de datos continuó hasta principios de la década de 1950. Stout, G.W., *óp. cit.*
- ³⁰¹ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRL_0000649.
- ³⁰² Aunque los resultados del estudio se publicaron en 1952, las fechas de la investigación no son claras. El equipo del VDRL encargado de este trabajo también incluía a Ramiro Galvez (bacteriólogo del VDRL asignado a Georgia). Portnoy, J., et ál. (1952). *Óp. cit.*, pp. 566-70.
- ³⁰³ Portnoy, J., et ál., *óp. cit.*
- ³⁰⁴ *Ibidem*.
- ³⁰⁵ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRL_0000649. Un artículo periodístico contemporáneo mencionó que el Hospital Psiquiátrico “está lejos de poseer todas las características inherentes a una institución de primera clase; sin embargo, en cuanto a los aspectos científicos y los materiales, las modificaciones y las reformas graduales que se introdujeron lo han convertido casi en un paraíso, en comparación con lo que era hace tres décadas, cuando la institución ameritaba el nombre “hogar de los locos”, ya que no era más que un lugar en el cual amontonar a todos aquellos que, por alguna razón, podían ser considerados locos”. (1947). Servicio Quirúrgico para el Hospital de Neuropsiquiatría. *Diario de Centroamérica*. 21 de julio de 1947.
- ³⁰⁶ *Ibidem*.
- ³⁰⁷ PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos.
- ³⁰⁸ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRL_0000669.
- ³⁰⁹ Resulta poco claro si el estudio sobre lepra podría haber proporcionado una comparación útil. Además, al igual que con sus reclamos retrospectivos sobre la decisión de comenzar a realizarles pruebas a los niños, la cronología para esta declaración es cuestionable. El trabajo de exposición intencional (que requería pruebas de diagnóstico serológico complementarias) comenzó en el Hospital Psiquiátrico en mayo de 1947. John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRL_0000694.

- ³¹⁰ Documentos de Cutler (1953). Informe sobre el seguimiento de las pruebas serológicas en pacientes realizado en el CDC en 1953; muestras enviadas desde Guatemala. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001433-76. Estas cifras son aproximadas, ya que faltan datos de los sujetos, lo que hace imposible obtener una cuenta exacta (p. ej., para algunos sujetos, solo se incluye el número de sujeto [sin un nombre]; como hay varios sujetos con el mismo número, es imposible determinar si es el mismo sujeto al que se le realizaron las pruebas dos veces o si los datos representan a dos sujetos diferentes).
- ³¹¹ Consultar, p. ej., los Documentos de Cutler. (1953). Informe sobre el seguimiento de las pruebas serológicas en pacientes realizado en el CDC en 1953; muestras enviadas desde Guatemala. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001436.
- ³¹² *Ibidem*.
- ³¹³ PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos.
- ³¹⁴ Documentos de Cutler. (1947-1948). Boletín de Guatemala: Estudios con soldados (GC). Cuaderno clínico. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000611. Sin embargo, los conteos retrospectivos de los experimentos del Dr. Cutler son contradictorios. De acuerdo con sus escritos contemporáneos, los sujetos fueron expuestos a gonorrea durante 67 días diferentes. PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos.
- ³¹⁵ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000694-746. Sin embargo, los conteos retrospectivos de los experimentos del Dr. Cutler son contradictorios. De acuerdo con sus escritos contemporáneos, los sujetos fueron expuestos a sífilis durante 52 días diferentes. PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos.
- ³¹⁶ John Cutler. (s. f.). Experimento con chancroide. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000947. Sin embargo, los conteos retrospectivos de los experimentos del Dr. Cutler son contradictorios. De acuerdo con sus escritos contemporáneos, los sujetos fueron expuestos a chancroide durante cuatro días diferentes. PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos.
- ³¹⁷ El conteo de los experimentos del Dr. Cutler es incompleto, ya que no incluye varios experimentos realizados para evaluar los métodos de infección y muchas inoculaciones individuales observacionales, probablemente, se excluyeron porque no formaban parte de un estudio controlado más grande. Consultar, p. ej., John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000885 y los Documentos de Cutler. Registros de los pacientes del manicomio Asilo de Alienados y de la prisión. (diferentes fechas). Tarjeta con anotaciones sobre sujetos. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0004157. Además, los escritos contemporáneos que el Dr. Cutler realizó, muchas veces, se contradicen con los datos incluidos en los informes que él escribió posteriormente. Consultar, p. ej., los Documentos de Cutler. (1947). [Nombres de los sujetos]. Listas y tarjetas con anotaciones sobre sujetos. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001806, CTRLR_0001809, CTRLR_0001810, CTRLR_0001812, CTRLR_0001813, CTRLR_0001816; consultar, además, John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001299. Por esta razón, el informe de la Comisión analizará los *días* de los experimentos en lugar de la cantidad de experimentos para lograr una mayor exactitud. Este recuento de días no incluirá los días en que las trabajadoras sexuales fueron infectadas, ya que el Dr. Cutler no consideró que estas instancias fueran experimentos ni que las trabajadoras sexuales fueran sujetos.
- ³¹⁸ PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos. La “exposición” a una STD no es lo mismo que estar “infectado” con una STD. Los sujetos a quienes los investigadores expusieron a una STD corrían el riesgo de infectarse con esa STD; pero muchos de los sujetos expuestos a una STD, de hecho, no se infectaron.
- ³¹⁹ PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos. En total, 18 sujetos menores de 18 años de edad estuvieron involucrados en los experimentos de exposición intencional (entre ellos, un soldado de 10 y otro de 15 años, una trabajadora sexual de 16 años, un prisionero de 15 años y 14 pacientes psiquiátricos de entre 14 y 17). El sujeto más joven que participó en los experimentos de exposición con STD fue un soldado de 10 años de edad que era miembro de la Guardia de Honor. Como parte de los experimentos, mantuvo relaciones sexuales, tres veces, con una trabajadora sexual infectada con gonorrea y fue inoculado superficialmente una vez en el pene con pus infectado con gonorrea. La edad del sujeto se registró en dos lugares separados. Documentos de Cutler. (1947). Experimento con gonorrea n.º 1. Anotaciones clínicas, protocolos y tarjetas con anotaciones sobre sujetos. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001738, CTRLR_0001743, CTRLR_0001748, CTRLR_0001769, CTRLR_0001770; Documentos de Cutler. (1947-1948). Boletín de Guatemala: Estudios con soldados (GC). Cuaderno clínico. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000561 y los Documentos de Cutler. (1947-1948). Experimentos con gonorrea: Fuerzas Militares. Listas y anotaciones clínicas. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001971. Los estudios demostraron que es

posible mantener relaciones sexuales antes de los 13 años de edad. CDC. (4 de junio de 2010). Youth Risk Behavior Surveillance. Estados Unidos, 2009. Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss5905.pdf> (fecha de acceso: 10 de agosto de 2011).

- ³²⁰ De acuerdo con los escritos contemporáneos de Cutler. PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos. Si bien, según los registros, muchos de los sujetos recibieron tratamiento con penicilina o sulfatiazol, algunos de los sujetos involucrados fueron liberados o se escaparon antes del tratamiento; los contactos homosexuales pueden haber propagado la enfermedad mucho más de lo que los investigadores diagramaron y algunos sujetos que no mostraban manifestaciones clínicas de la enfermedad nunca recibieron tratamiento, a pesar de que las pruebas fueron positivas.
- ³²¹ Para ver el plan original del estudio del Dr. Cutler, consultar la sección “Diseño inicial del estudio”.
- ³²² Además, algunos estudios se diseñaron de modo que los sujetos que se encontraban en la sección activa del experimento (poniendo a prueba la profilaxis) recibían una forma de inoculación menos efectiva que la sección de control y, así, la profilaxis parecía más efectiva (consultar, p. ej., el experimento 31 en el que los investigadores utilizaron inoculación superficial para la sección activa, pero utilizaron la inoculación profunda para el grupo de control, un método que, ellos sabían, tenía mayores probabilidades de transferir la gonorrea). Documentos de Cutler. (1947-1948). Boletín de Guatemala: Estudios con soldados (GC). Cuaderno clínico. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000602.
- ³²³ PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos.
- ³²⁴ *Ibidem*. Esta cantidad no incluye a varios sujetos cuyos registros reflejan confusión sobre si el sujeto murió o no. Consultar, p. ej, los Documentos de Cutler. (s. f.). Penitenciaría, listas alfabéticas de los pacientes por número. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001500. Setenta y seis de los ochenta y tres sujetos que los investigadores registraron como fallecidos estuvieron involucrados en los experimentos de exposición con STD.
- ³²⁵ Estas muertes ocurrieron en algún momento “durante la fase de inoculación, durante la fase activa de la enfermedad o después del tratamiento”. John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000672.
- ³²⁶ *Ibidem*. Los investigadores le ofrecieron al personal del Hospital Psiquiátrico “unos pocos dólares adicionales” para que les informen sobre las muertes de los sujetos, de modo que se puedan realizar autopsias. John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000674. Esta práctica concuerda con las actividades de la División de Enfermedades Venéreas del PHS en el Estudio de la Sífilis de Tuskegee, donde el Dr. R.A. Vonderlehr coordinaba con una gran variedad de agencias y personas, entre ellos el Dr. Eugene Dibble, médico en el Instituto Tuskegee, a quien le ofreció un cargo en el PHS, con el fin de asegurarse que los investigadores reciban información sobre las muertes de los sujetos para posibilitar las autopsias. Jones, J.H. (1993). *Bad Blood: The Tuskegee Syphilis Experiment*. Nueva York: The Free Press, pp. 132-150. No se encontraron informes de autopsia en los Documentos de Cutler, pero hay registros de muestras de tejido de siete sujetos que se enviaron al Dr. James D. Thayer del Laboratorio Experimental de Enfermedades Venéreas en Chapel Hill, Carolina del Norte, en abril de 1957. El Laboratorio Experimental de Enfermedades Venéreas formaba parte de la División de Enfermedades Venéreas del PHS y, además, estaba asociado a la Universidad de Carolina del Norte, Chapel Hill. De John Cutler a John Mahoney (7 de enero de 1957). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR 0001531; de L.L. Ashburn a James Thayer. (3 de abril de 1957). Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_000152.
- ³²⁷ PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos.
- ³²⁸ John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001299.
- ³²⁹ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001285.
- ³³⁰ De John Cutler a R.C. Arnold. (16 de septiembre de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001230.
- ³³¹ John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001285. Esta dosificación cumple con el criterio de tratamiento para la gonorrea de ese momento. Perkins G.E., Brewster, H.N. (1947). Penicillin in the treatment of gonorrhoea in women: Results of treatment as reported and by twelve co-operating venereal-disease clinics in Massachusetts during 1945. *New England Journal of Medicine* 236(8):280.

- ³³² Consultar, p. ej., los Documentos de Cutler. (1947-1948). Boletín de Guatemala: Estudios con soldados (GC), cuaderno 4. Cuaderno clínico. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0000505.
- ³³³ PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos.
- ³³⁴ Documentos de Cutler. (1947). Experimento gonorreico n.º 1. Anotaciones clínicas, protocolos y anotaciones de los sujetos. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001736-79.
- ³³⁵ Para detectar la bacteria que produce gonorrea, se usaba el cultivo y la tinción de Gram, algunas veces de manera separada y otras veces en conjunto. La prueba de tinción de Gram requiere que las muestras extraídas con hisopo de la uretra (en hombres) o del cuello uterino (en mujeres) se tiñan y se examinen microscópicamente para detectar la *Neisseria gonorrhoeae*. Si bien las pruebas de tinción de Gram son relativamente precisas para los hombres, son exactas solo en un 40 % y un 60 % de las mujeres infectadas. La prueba de cultivo bacteriano, que era más precisa, pero más lenta, requería que las muestras se coloquen en un medio de cultivo específico para la *Neisseria gonorrhoeae* con el fin de determinar si la bacteria estaba presente. Oxtoby, M., et ál. (1982). Potential shortcuts in the laboratory diagnosis of gonorrhea: a single stain for smears and nonremoval of cervical secretions before obtaining test specimens *Sexually transmitted diseases*. 9(2):59-62.
- ³³⁶ PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos.
- ³³⁷ John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001285.
- ³³⁸ John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001356; John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0000629.
- ³³⁹ Si bien no se realizaron experimentos con sífilis en el Ejército de Guatemala, el Dr. Cutler, aún así, enumeró a estos hombres como participantes en su Informe final sobre sífilis. Es posible que hayan participado, ya que ellos inspeccionaban pacientes sífilíticos por su cuenta. Además, algunos materiales sífilíticos del conducto humano (es decir, chancros) se extrajeron de pacientes del Ejército de Guatemala. John Cutler, Informe final sobre sífilis. (24 de febrero de 1955). Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0000629.
- ³⁴⁰ John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001302.
- ³⁴¹ Sin firmar [John Cutler] a Richard Arnold. (16 de septiembre de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001230. La Guardia de Honor fue una unidad creada para la protección personal del Presidente de Guatemala. Gleijeses, P. (1991). *Shattered Hope: the Guatemalan Revolution and the United States, 1944-1954*. Princeton, N.J.: Princeton University Press, p. 16.
- ³⁴² Consultar, p. ej., los Documentos de Cutler. (28 y 29 de junio de 1948). Boletín de Guatemala: Estudios con soldados (GC). Cuaderno clínico. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0000602.
- ³⁴³ PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos.
- ³⁴⁴ Consultar, p. ej., los Documentos de Cutler. (14 de febrero de 1947). Experimento gonorreico n.º 1. Anotaciones clínicas, protocolos y tarjetas con anotaciones sobre sujetos. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001749-1778.
- ³⁴⁵ John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001280.
- ³⁴⁶ De John Cutler a John Mahoney. (16 de septiembre de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001126.
- ³⁴⁷ Consultar, p. ej., los Documentos de Cutler. (1947-1948). Experimentos con gonorrea: Fuerzas Militares. Listas y anotaciones clínicas. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001878.
- ³⁴⁸ De John Mahoney a John Cutler. (30 de junio de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001078.
- ³⁴⁹ Ibidem.
- ³⁵⁰ Consultar los Documentos de Cutler. (1947). Experimento gonorreico n.º 1. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001736-79 y los Documentos de Cutler. (1947). Experimento gonorreico n.º 2. Anotaciones clínicas y tarjetas con anotaciones sobre sujetos. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001780-1801; pero,

- consultar John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001299.
- ³⁵¹ PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos.
- ³⁵² El Hospital de Profilaxis Sexual y de Enfermedades Venéreas todavía funciona, en la actualidad, en la ciudad de Guatemala y una delegación de la Comisión se dirigió a ese lugar en mayo de 2011. Una placa de 1937 ubicada en el edificio está dedicada a tres personas, entre ellas el Sr. John D. Rockefeller y el Dr. Hugh S. Cumming, excirujano general de los Estados Unidos (de 1920 a 1936) y director de la PASB de 1937 a 1947.
- ³⁵³ John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001279-80.
- ³⁵⁴ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0000640.
- ³⁵⁵ La copia que guardaba era sobre las regulaciones de 1938. No queda claro cómo cambiaron las regulaciones, si cambiaron, antes de que el Dr. Cutler llevara a cabo sus experimentos.
- ³⁵⁶ Reglamento de la Sección de Profilaxis y de Enfermedades Venéreas: Leyes conexas con el mismo. (Junio de 1938). Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001691.
- ³⁵⁷ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001686-735.
- ³⁵⁸ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001692; Funes, J.M. (enero de 1949). Avances venereológicos en la sección correspondiente de la Dirección General de Sanidad Pública de Guatemala. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 28(1):46. El tratamiento con medicamentos con arsénico no estuvo relacionado con los experimentos con STD del PHS de los Estados Unidos, que utilizó, en su mayoría, penicilina como tratamiento.
- ³⁵⁹ A continuación, se analizan los procedimientos de infección intencional.
- ³⁶⁰ Documentos de Cutler. (1947). Experimento gonorreico n.º 1. Anotaciones clínicas, protocolos y tarjetas con anotaciones sobre sujetos. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001737.
- ³⁶¹ Sin embargo, “[n]o era factible realizar estudios adicionales con respecto al alcohol en el índice de infección”. John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001287.
- ³⁶² *Ibidem*.
- ³⁶³ PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos.
- ³⁶⁴ Este pago se documentó en un día por un experimento que involucraba varias exposiciones. Documentos de Cutler. (1947). Experimento gonorreico n.º 2. Anotaciones clínicas y tarjetas con anotaciones sobre sujetos. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001781-97. En 1947, \$25 tenían el mismo poder adquisitivo que \$253 en 2011.
- ³⁶⁵ Consultar, p. ej., los Documentos de Cutler. (diferentes fechas). Experimento gonorreico n.º 1. Anotaciones clínicas, protocolos y tarjetas con anotaciones sobre sujetos. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001736-1800.
- ³⁶⁶ John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001280.
- ³⁶⁷ *Ibidem*.
- ³⁶⁸ Documentos de Cutler. (1947-1948). Boletín de Guatemala: Estudios con soldados (GC). Cuaderno clínico. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0000620.
- ³⁶⁹ Documentos de Cutler. (1947). Experimento gonorreico n.º 1. Anotaciones clínicas, protocolos y tarjetas con anotaciones sobre sujetos. Archivos de PCSBI, CTLR_0001736-79. El placebo utilizado en la mayoría de los experimentos era una inyección de 0,5 cc de agua destilada y estéril. Consultar, p. ej., *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI CTLR_0001751.
- ³⁷⁰ John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001286.

- 371 No queda claro, al observar los escritos del Dr. Cutler, si estas desviaciones fueron intencionales. Consultar los Documentos de Cutler. (1947). Experimento gonorreico n.º 1. Anotaciones clínicas, protocolos y tarjetas con anotaciones sobre sujetos. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001749-78.
- 372 Denominadas “exposiciones” por el Dr. Cutler. John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001280.
- 373 Documentos de Cutler. (1947). Experimento gonorreico n.º 1. Anotaciones clínicas, protocolos y tarjetas con anotaciones sobre sujetos. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001749-78. No confirmar que las trabajadoras sexuales estaban infectadas en el momento del experimento puede haber desacreditado la validez del estudio.
- 374 John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001280.
- 375 Consultar los Documentos de Cutler. (1947). Experimento gonorreico n.º 1. Anotaciones clínicas, protocolos y tarjetas con anotaciones sobre sujetos. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001761-75.
- 376 John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001286.
- 377 *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001299.
- 378 De John Mahoney a John Cutler. (10 de febrero de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001048.
- 379 De John Cutler a John Mahoney. (12 de marzo de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001054.
- 380 De John Cutler a John Mahoney. (2 de enero de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001034.
- 381 De John Cutler a John Mahoney. (7 de enero de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001037. Después del viaje, el Dr. Arnold le escribió al Dr. Cutler que las inoculaciones en conejos eran un fracaso y que ninguno exhibió el Mal del Pinto. De Richard Arnold a John Cutler. (10 de abril de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001037.
- 382 De Richard Arnold a John Cutler (10 de abril de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001190.
- 383 *Ibidem*. Muy probablemente quiso decir que el Dr. Cutler debería falsificar la verdad.
- 384 *Ibidem*.
- 385 De Richard Arnold a John Cutler. (11 de abril de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001061.
- 386 Documentos de Cutler. (1947-1948). Boletín de Guatemala: Estudios con soldados (GC). Cuaderno clínico. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000513.
- 387 Documentos de Cutler. (1947). Experimento gonorreico n.º 4. Anotaciones clínicas y tarjetas con anotaciones sobre sujetos. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001823; Boletín de Guatemala: Estudios con soldados (GC) Cuaderno clínico. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000513.
- 388 Documentos de Cutler. (1947-1948). Boletín de Guatemala: Estudios con soldados (GC). Cuaderno clínico. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000513.
- 389 John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001299. El Dr. Cutler publicó ese resultado casi tres décadas después: “[e]studios sobre gonorrea han indicado que el riesgo para los hombres que están en contacto con una mujer infectada es, aproximadamente, de uno en veinte para un único contacto”. Para estos datos, el Dr. Cutler cita un “estudio [s]in publicar” realizado por él y el Dr. Funes. Cutler, J.C. et ál. (Febrero de 1973). *Óp. cit.*, p. 89.
- 390 John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001299-1302.
- 391 *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001282.
- 392 *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001283.
- 393 *Ibidem*.

- ³⁹⁴ De John Cutler a John Mahoney. (17 de mayo de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001121.
- ³⁹⁵ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001121-22.
- ³⁹⁶ Sin firmar [John Cutler] en el membrete de la carta de la PASB a Richard Arnold. (5 de junio de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001240.
- ³⁹⁷ De John Cutler a John F. Mahoney. (22 de junio de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001242.
- ³⁹⁸ Informes de una conferencia sobre la profilaxis química contra las enfermedades venéreas realizada con el auspicio del Subcomité de Enfermedades Venéreas el 9 de febrero de 1944. (9 de febrero de 1944). Archivos de PCSBI HSPI, NAS_0003113-18.
- ³⁹⁹ De John Mahoney a John Cutler. (30 de junio de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001077. Sin embargo, la opinión de Mahoney con respecto a la inoculación artificial refleja, también, cierta incertidumbre. Mahoney, J.F., Van Slyke, C.J., Cutler, J.C., Blum, H.L. (1946). Óp. cit., 24. La preferencia manifestada del Dr. Mahoneys por los métodos de “contacto” como un modo de inoculación, aparentemente, se aplica tanto a los estudios de gonorrea como a los de sífilis, tal como se describe en la sección “Experimentos con sífilis: Hospital psiquiátrico: escarificación y abrasión” relacionada con el método de contacto para la transmisión de sífilis y en su investigación sobre sífilis en conejos. Mahoney, J. (1936). An experimental resurvey of the basic factors concerned in prophylaxis in syphilis. *The Military Surgeon* 352-353.
- ⁴⁰⁰ De John Mahoney a John Cutler. (11 de agosto de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001086. El Dr. Mahoney le envió esta carta al Dr. Cutler a través del director de la PASB y se la reenvió al director asistente, John Murdock.
- ⁴⁰¹ De John Cutler a John Mahoney. (25 de agosto de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001085.
- ⁴⁰² PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos. Los experimentos separados para esta sección se definen como un grupo de exposiciones realizadas con la misma población y la misma STD durante el mismo día. La forma en que el Dr. Cutler definió su propia numeración de los experimentos no es clara y no dio explicaciones sobre todos sus datos.
- ⁴⁰³ Es confuso a quienes se refiere con el término “autores”, ya que parece que solo el Dr. Cutler describió el informe de los Estudios Experimentales con Gonorrea. En el informe, luego de la palabra “autores”, se agrega una cita al artículo de Terre Haute “Urethritis gonocócica experimental en voluntarios humanos” por los doctores Mahoney, Van Slyke, Cutler y Blum. John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001286.
- ⁴⁰⁴ John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001286.
- ⁴⁰⁵ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001288.
- ⁴⁰⁶ Acta de la Vigésimo primera Asamblea del Subcomité de Enfermedades Venéreas. (11 de noviembre de 1943). Archivos de PCSBI HSPI, NAS_0002782. Informes de una conferencia sobre la profilaxis química contra las enfermedades venéreas realizada con el auspicio del Subcomité de Enfermedades Venéreas el 9 de febrero de 1944. (9 de febrero de 1944). Archivos de PCSBI HSPI, NAS_0003114-18.
- ⁴⁰⁷ John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001303-4.
- ⁴⁰⁸ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001290.
- ⁴⁰⁹ *Ibidem*.
- ⁴¹⁰ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001286.
- ⁴¹¹ PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos.
- ⁴¹² John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. CTRLR_0001302. En 1948, luego de que el Dr. Cutler concluyera que los experimentos que incluían relaciones sexuales con trabajadoras sexuales no eran efectivos para la transmisión experimental de enfermedades, el Dr. Funes y Casta Luz Aguilar (quien sucedió al Dr. Galich como jefe del Ministerio de Salud Pública de Guatemala) decidieron evaluar la efectividad de la profilaxis con la solución orvus-mapharsen en las trabajadoras

sexuales. Aunque el Dr. Arnold y el Dr. Mahoney concluyeron, en su estudio de 1948 sobre la solución orvus-mapharsen en animales, que “el preparado debería ser adecuado para ser usado en una ducha” por parte de las mujeres, el Dr. Funes y Aguilar decidieron probar su uso como ducha profiláctica posterior al coito en trabajadoras sexuales “bajo supervisión legal” en un burdel de Guatemala [traducción]. En su artículo publicado, argumentaban que los organismos y las agencias que regulaban el sexo en América dependían, en gran medida, del uso del preservativo (que los clientes de las trabajadoras sexuales, a veces, se negaban a usar) para proteger a las trabajadoras sexuales y evitar el contagio de enfermedades. El Dr. Funes y Aguilar utilizaron seis trabajadoras en el experimento, que “a quienes, previamente, el primer autor [el Dr. Funes] les había realizado un seguimiento durante un largo tiempo...” [traducción]. Estas eran, posiblemente, algunas de las mismas mujeres utilizadas en los experimentos de exposición normal del PHS de los EE. UU., aunque es poco claro. Luego de registrar las actividades sexuales de las mujeres durante seis meses, el Dr. Funes y Aguilar determinaron que el uso de la ducha con la solución orvus-mapharsen producía una disminución en la incidencia de la gonorrea. No hay registros que demuestren que ellos inocularon de manera intencional a las trabajadoras sexuales para este experimento; sin embargo, si estas mujeres habían sido utilizadas en los experimentos de exposición normal del PHS de los EE. UU., quizás ya habían sido inoculadas para estos fines. Tampoco existen registros que indiquen que los investigadores determinaban los índices de infección con STD en los hombres con quienes las trabajadoras sexuales tenían contacto; de hecho, “no se realizaron observaciones precisas” de los contactos sexuales de las mujeres [traducción]. Arnold, R.C., Mahoney, J.F. (1948). Local prophylaxis in experimental syphilis of the rabbit. *Journal of Venereal Disease Information* 29:138-41; Funes, J. Aguilar, C.L. (agosto de 1952). La solución de mafarside-orvus en la profilaxis de la blenorragia de la mujer. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 33(2):121-125. El Dr. Cutler analizó este estudio en un artículo posterior sobre la profilaxis de las STD; no obstante, añadió que los “[e]studios que implican la exposición de voluntarios no infectados a contactos infectados a fin de observar índices relativos de protección se han tornado cada vez más difíciles, debido a la ética estricta de la investigación médica que existe ahora”. Cutler, J.C., et ál., (1973). Óp. cit., p. 89.

⁴¹³ PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos.

⁴¹⁴ Ibidem.

⁴¹⁵ La idea de infectar los ojos de los sujetos, posiblemente, provino de la carta del Dr. Arnold, en la que él había escrito al Dr. Cutler sobre otro experimento “que podría realizarse”, el cual implicaba “la infección real o [un] intento de infectar el ojo con pus [gonocócico]...”. Le producía curiosidad saber si el ojo se infectaría rápidamente, como para tener una “[u]na idea para el futuro”. De Richard Arnold a John Cutler. (19 de abril de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001220.

⁴¹⁶ Documentos de Cutler. Registros de los pacientes del manicomio Asilo de Alienados y de la prisión. (diferentes fechas) Tarjetas con anotaciones sobre sujetos. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0004155-57; Documentos de Cutler. (1947-1948) Boletín de Guatemala: Estudios con soldados (GC). Cuaderno clínico. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000617; Documentos de Cutler. (8 de febrero de 1948). Registros de los pacientes del manicomio Asilo de Alienados y de la prisión. (diferentes fechas) Tarjetas con anotaciones sobre sujetos. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0004158.

⁴¹⁷ PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos.

⁴¹⁸ Arnold, R.C., Mahoney, J.F. (mayo de 1948). Óp. cit., pp. 138-141; John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000759.

⁴¹⁹ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000782.

⁴²⁰ Estas cepas incluyen la cepa Nichols, la cepa Frew y una “cepa ilícita”, creación del Dr. Cutler. John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000684-86.

⁴²¹ El *Treponema pallidum* no se puede mantener adecuadamente en cultivos y solo se puede conservar en los testículos de conejos. Para producir *Treponema pallidum* a los fines de una investigación, los conejos son inoculados de manera intratesticular con el organismo y, después de un mes, se matan. A partir de esos testículos, se preparan las emulsiones. Los investigadores tuvieron “acceso a grandes cantidades del organismo más o menos a discreción”, ya que “se conservaba una colonia de animales en el VDRL de Staten Island para utilizar en trabajos experimentales”. Consultar John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000688.

⁴²² John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000711.

- ⁴²³ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000675.
- ⁴²⁴ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000687.
- ⁴²⁵ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000686.
- ⁴²⁶ Hasta 1946, según lo prueba una declaración del Dr. Moore en una Conferencia sobre la penicilina realizada con el auspicio del PHS de los Estados Unidos, la FDA y el NRC, las Fuerzas Armadas trataban a los pacientes que tenían sífilis con 2,4 millones de unidades de penicilina, pero los datos indicaban que esa cantidad era insuficiente. Como consecuencia, los investigadores de la penicilina probaban otras cantidades, de hasta 9,6 millones de unidades, pero no había datos suficientes para determinar qué cantidad era la más efectiva. Conferencia sobre la penicilina con el auspicio del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, la Administración de Drogas y Alimentos, y el Consejo Nacional de Investigaciones. 27 de marzo de 1946, en 158-159. Los investigadores establecieron que para el tratamiento “adecuado” se debían administrar $\geq 3.400.000$ unidades de penicilina durante más de siete a ocho días, con preparaciones acuosas cada dos horas y de 12 a 24 horas para el POB y Duracillin, que se adaptaban a la norma de las pautas de atención de ese momento. Crawford, G.M. (1947). Syphilis. *New England Journal of Medicine* 236(8):283.
- ⁴²⁷ PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos. Numerosos pacientes en el Hospital Psiquiátrico sin pruebas serológicas ni clínicas de sífilis también fueron tratados con penicilina “por razones *políticas* únicamente (énfasis en el original)”. Consultar, p. ej., los Documentos de Cutler. Registros de los pacientes del manicomio Asilo de Alienados y de la prisión. (diferentes fechas). Tarjetas con anotaciones sobre sujetos. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_00006321.
- ⁴²⁸ No quedó claro que su muerte haya sido causada por la penicilina; el sujeto “desarrolló un estado epiléptico durante el transcurso del tratamiento con penicilina acuosa para tratar la sífilis primaria en el sexto día y, a pesar de los esfuerzos para controlar esa afección, murió”; pero, el Dr. Cutler informó que el sujeto tenía antecedentes de ataques epilépticos graves antes de su exposición a la penicilina durante el experimento. John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000748. El Dr. Cutler y su equipo también realizaron una variedad de observaciones clínicas en el Informe final sobre sífilis. Con respecto a las lesiones, los investigadores hallaron lo siguiente: “... se puede decir que la ausencia de lesiones implica un grado elevado de, seguramente, ausencia de infección. Esta declaración se había confirmado, posteriormente, respecto del grupo de pacientes inicialmente tratados por sífilis latente o síntomas tardíos de sífilis en el Estudio de Sing Sing”. John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000925. Tal como señala el Dr. Cutler en su Informe final sobre sífilis, él también estuvo involucrado en el estudio de la Correccional de Sing Sing patrocinado por el PHS de los Estados Unidos, realizado desde 1953 hasta 1954. Para desarrollar una vacuna contra la sífilis, los investigadores inocularon a voluntarios con un alto nivel de espiroquetas de sífilis. Los investigadores analizaron “el estudio, los objetivos y los detalles de su comportamiento diario” en los voluntarios. Se realizó un seguimiento de los pacientes durante un año (controles mensuales) a través del estudio y luego se los trató como parte de una población “sifilítica” general de la prisión. Los datos de esta investigación se publicaron de manera general en la prensa popular y médica. Syphilis vaccine gains: Sing Sing tests held raising hopes for finding preventive. (1954). *New York Times*, 9 de diciembre; Sing Sing study confirms rabbit tests. (febrero de 1955). *Public Health Reports* (1896-1970), 70(2):214; Magnuson, H., et ál. (febrero de 1956). Inoculation syphilis in human volunteers. *Medicine* 35(1):33-82; Reverby, S. (2009). *Examining Tuskegee: The Infamous Syphilis Study and its Legacy*. Chapel Hill: University of North Carolina Press, p. 146.
- ⁴²⁹ Esta fecha se toma a partir del día en que dos trabajadoras sexuales comerciales fueron expuestas a la sífilis a través de una inyección intracervical el 10 de mayo de 1947 “para enviarlas a la penitenciaría como parte del estudio con el fin de determinar el índice normal de infección”. Documentos de Cutler. (1947-1948). Boletín de Guatemala: Estudios con soldados (GC). Cuaderno clínico. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000620. Si bien no existen anotaciones clínicas contemporáneas sobre las relaciones sexuales de los sujetos de la Penitenciaría con las trabajadoras sexuales en esa fecha, el Dr. Cutler sí analiza este estudio sobre el “riesgo de infección” en la sección “Inmunidad” de su informe final, aunque no está incluido en la sección de resumen del Informe final sobre sífilis. John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000885.
- ⁴³⁰ PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos. También se incluyó a cinco guardias de la prisión en los experimentos de exposición intencional de los investigadores (consultar, p. ej., los Documentos de Cutler. Registros de los pacientes del manicomio Asilo de Alienados y de la prisión. [diferentes fechas]. Tarjetas

con anotaciones sobre sujetos. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0003401); por razones de brevedad, estos se incluirán con la información de los “prisioneros”.

⁴³¹ PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos.

⁴³² John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000662.

⁴³³ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000667.

⁴³⁴ Sin firmar [John Cutler] a Richard Arnold. (21 de agosto de 1946) Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001215.

⁴³⁵ *Ibidem*.

⁴³⁶ De John Cutler a John Mahoney. (7 de enero de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001039. Cuando el Dr. Cutler escribió que los periódicos ya se estaban quejando sobre las condiciones de la prisión, probablemente se refiere a artículos, como el publicado más adelante ese año, que informó que “el sistema penitenciario en Guatemala, como el de la infame Bastilla para los franceses y la horrible Romada para los venezolanos, no había cumplido el objetivo establecido por la ley nacional, pero había sido una cantera para vengarse del sufrimiento y los delitos que habían realizado los dictadores al satisfacer sus instintos más bajos en enemigos indefensos, quienes, en realidad, habían sido los mejores amigos de las instituciones democráticas y la marcha alegre para la civilización y la cultura” [traducción]. Editorial. (9 de agosto de 1947). La Reforma Penitenciaria. *Diario de Centroamérica*.

⁴³⁷ PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos. Existe un día en el cual no queda claro el método de exposición.

⁴³⁸ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000723.

⁴³⁹ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000724.

⁴⁴⁰ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000699.

⁴⁴¹ *Ibidem*.

⁴⁴² *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000704. La bibliografía contemporánea define la “cura abortiva” de la sífilis como “esencialmente, la subestimación sistemática y especulativa del grado de tratamiento necesario para la etapa seronegativa primaria”, que era un tratamiento anticuado de principios de siglo. Stokes, J.H., Beerman, H., Ingraham, N. R. (1944). *Modern Clinical Syphilology: Diagnosis, Treatment, Case Study*. Filadelfia: W.B. Saunders Company, pp. 1094-1114.

⁴⁴³ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000731.

⁴⁴⁴ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000741.

⁴⁴⁵ Consultar los Documentos de Cutler. (1947-1948). Boletín de Guatemala: Estudios con soldados (GC). Cuaderno clínico. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000620 y John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI CTRLR_0000885.

⁴⁴⁶ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000640.

⁴⁴⁷ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000885.

⁴⁴⁸ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000648. Se tornaba tan difícil para los investigadores causar las infecciones a través de las trabajadoras sexuales que el Dr. Harlow le expresó con gracia al Dr. Mahoney que la única persona que habían podido infectar en la prisión era al “secretario-prisionero” del hospital de la Penitenciaría quien “tuvo contacto” con “una de las trabajadoras que creíamos que no estaba infectada”. El Harlow “no pudo evitar reírse de la ironía de la situación” e incluso le pidió al secretario que no tomara sulfamida ni penicilina como tratamiento al que “desafortunadamente, tuvo acceso”. El día siguiente, el flujo y los síntomas se aplacaron y el Dr. Harlow “temi[ó] que se hubiese tratado él mismo”. John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000762.

⁴⁴⁹ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000640.

⁴⁵⁰ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000762.

⁴⁵¹ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000722-23.

⁴⁵² *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000699.

- ⁴⁵³ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0000764.
- ⁴⁵⁴ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0000696. También es posible que ellos hayan querido evitar darles tiempo a los prisioneros para hablar entre sí y la oportunidad de negar su participación en experimentos futuros.
- ⁴⁵⁵ El Dr. Cutler no informó más tarde evidencia alguna sobre la transmisión de ictericia u otra infección. John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0000679.
- ⁴⁵⁶ De John Cutler a John Mahoney. (7 de enero de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001039.
- ⁴⁵⁷ De Richard Arnold a John Cutler. (19 de abril de 194[7]). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001220. La fecha original de esta carta es 19 de abril de 1948; no obstante, queda claro que fue una errata del contexto (p. ej., el análisis sobre la carta del salario de Joseph Portnoy que el Dr. Cutler les envió el 10 de abril de 1947) y que la fecha de la carta debería haber sido 19 de abril de 1947. Consultar, p. ej., de John Cutler a John Mahoney. (10 de abril de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_00001059.
- ⁴⁵⁸ De Richard Arnold a John Cutler. (19 de abril de 1947). Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001220.
- ⁴⁵⁹ *Ibidem*.
- ⁴⁶⁰ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0000648.
- ⁴⁶¹ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0000658.
- ⁴⁶² PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos.
- ⁴⁶³ *Ibidem*. Estos datos también incluyen, al menos, una enfermera que trabajó en la Institución Psiquiátrica, quien fue expuesta a la sífilis dos veces por medio de una inyección. Documentos de Cutler. (9 de mayo de 1948). Asilo de Alienados: Experimento de inmunidad n.º 14. Protocolos. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0002224; Documentos de Cutler. Registros de los pacientes del manicomio Asilo de Alienados y de la prisión. (diferentes fechas). Tarjeta con anotaciones sobre sujetos. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0003885.
- ⁴⁶⁴ Consultar, p. ej., los Documentos de Cutler. (s. f.). Registros de los pacientes del manicomio Asilo de Alienados y de la prisión. (diferentes fechas). Tarjetas con anotaciones sobre sujetos. Archivos de PCSBI HSPI CTLR_0002635.
- ⁴⁶⁵ “[E]l personal sabía que eran muy comunes las prácticas homosexuales”. John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0000659.
- ⁴⁶⁶ “Cabe mencionar que, a pesar de que la supervisión de los pacientes dentro de las instituciones era mínima y pese a que el personal sabía que las prácticas homosexuales eran muy comunes (se trataban varias epidemias de gonorrea homosexual), no se observó evidencia clínica de sífilis por esta vía”. John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0000659.
- ⁴⁶⁷ John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001356; John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0000629.
- ⁴⁶⁸ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0000653.
- ⁴⁶⁹ No queda claro a qué estudio se refiere el Dr. Cutler.
- ⁴⁷⁰ El Dr. Cutler hace referencia, posiblemente, al estudio en la prisión de Stateville en 1942, en el cual se infectó intencionalmente con malaria a 432 reclusos de la Penitenciaría Federal de Illinois en Stateville, a través de un mosquito vector mientras se los recluyó durante dieciocho meses en una parte segregada de la prisión. Todos los sujetos otorgaron su consentimiento informado. Cinco días después de la exposición, se trató a los sujetos con una intervención experimental. Comfort, N. (septiembre de 2009). The prisoner as model organism: Malaria research at Stateville Penitentiary,” *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Science* 40(3):190–203.
- ⁴⁷¹ Posiblemente, el Dr. Cutler hace referencia a los estudios de la Colonia Lynchburg llevados a cabo durante la Primera Guerra Mundial en la Colonia de Virginia para Epilépticos y Débiles Mentales, donde 190 pacientes de entre 15 y 57 años de edad recibieron la “vacuna Rockefeller”, conocida por causar hepatitis e ictericia con una cantidad considerable de administraciones, de modo que las Fuerzas Militares pudieran

usar la información sobre los casos y tratamientos de hepatitis infecciosa en los campos de guerra pertinentes. Consultar Lombardo, P.A. (2004). ‘Of Utmost Urgency’: The Lynchburg Colony Hepatitis Study, 1942. In Moreno, J.D. (Ed.). *In the Wake of Terror: Medicine and Morality in a Time of Crisis*. Cambridge: MIT Press, pp. 3-15.

- 472 John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000655.
- 473 Ibidem, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000654.
- 474 Ibidem.
- 475 John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000673.
- 476 Ibidem, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000673-74.
- 477 Ibidem, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000674.
- 478 De John Cutler a John Mahoney (19 de mayo de 1948). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001141.
- 479 John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000657.
- 480 De John Cutler a John Mahoney (19 de mayo de 1948). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001141.
- 481 Consultar John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000552; pero, consultar de John Cutler a [Fred L. Soper] director de la Oficina Sanitaria Panamericana. (15 de noviembre de 1948). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001172.
- 482 John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000673.
- 483 De John Cutler a John Mahoney. (6 de febrero de 1948). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001139.
- 484 John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000652.
- 485 De John Cutler a Richard Arnold. (5 de junio de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001240.
- 486 John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000706. Además, se observó que muchos sujetos estaban “poco dispuestos”. Consultar, p. ej., los Documentos de Cutler. Registros de los pacientes del manicomio Asilo de Alienados y de la prisión. (diferentes fechas). Tarjeta con anotaciones sobre sujetos. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0005103.
- 487 John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000657.
- 488 Ibidem, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000666.
- 489 Ibidem, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000845.
- 490 John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000694.
- 491 De Richard Arnold a John Cutler. (11 de abril de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001061.
- 492 John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000766.
- 493 Ibidem, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000679.
- 494 Ibidem, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000766.
- 495 Ibidem, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000706.
- 496 De John Mahoney a John Cutler. (8 de septiembre de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001234. Lo más probable es que se estuviera refiriendo a su trabajo publicado sobre la efectividad de la profilaxis con la solución orvus-mapharsen en conejos. Arnold, R.C., Mahoney, J.F. (mayo de 1948). Local prophylaxis in experimental syphilis of the rabbit. *Journal of Venereal Disease Information* 29:138-141.
- 497 De John Mahoney a John Cutler. (8 de septiembre de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001234. El Dr. Mahoney había argumentado que el método de contacto de la inoculación con sífilis (es decir, con una compresa de algodón embebida en espiroquetas de sífilis colocada sobre la piel

- intacta) era la mejor práctica en cuanto a la investigación sobre la sífilis. Consultar Mahoney, J. (mayo de 1936). An experimental resurvey of the basic factors concerned in prophylaxis in syphilis. *The Military Surgeon* 352-353.
- ⁴⁹⁸ De John Mahoney a John Cutler. (8 de septiembre de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001234.
- ⁴⁹⁹ Además, con el objeto de realizar “un estudio exhaustivo sobre la confiabilidad de la serología como instrumento de diagnóstico entre los pueblos nativos de América tropical”, “se requeriría un enfoque diferente del que se usa en la actualidad”. Ellos se verían “obligados a realizar un sondeo de los nativos de América del Sur y Central, los aborígenes mexicanos, las tribus de aborígenes de los Estados Unidos y, finalmente, del negro del sur”. Este tipo de estudio exigiría “equipos móviles con la capacidad de realizar trabajos médicos así como también de serología”, y el Dr. Mahoney “no estaba completamente seguro de podrían concretar los acuerdos financieros necesarios”. De John Mahoney a John Cutler (8 de septiembre de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001233.
- ⁵⁰⁰ De John Cutler a John Mahoney. (18 de septiembre de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001231.
- ⁵⁰¹ *Ibidem*. Entre 1924 y 1927, los doctores Alan Chesney y Jarold Kemp, ambos del Departamento de Medicina de la Universidad Johns Hopkins, publicaron una serie de artículos respecto de los experimentos sobre sífilis realizados en conejos. Los experimentos incluyeron la reinoculación y reinfección, el tratamiento con arsphenamina, y la relación entre la dosis del inóculo dado y el período de incubación de la infección inducida. Chesney, A.M., Kemp, J.E. (1924). Experimental observations on the “cure” of syphilis in the rabbit with arsphenamine. *Journal of Experimental Medicine* 39(4):553-564; Chesney, A.M., Kemp, J.E. (1925). Studies in experimental syphilis: I. The influence of the size of inoculum on the course of experimental syphilis in the rabbit. *Journal of Experimental Medicine* 41(4):479-485; Chesney, A.M., Kemp, J.E. (1925). Studies in experimental syphilis: II. The influence of a non-specific inflammatory reaction upon the development of the chancre. *Journal of Experimental Medicine* 41(4):487-502; Chesney, A.M., Kemp, J.E. (1925). Studies in experimental syphilis: III. Further observations on the possibility of cure of syphilis in the rabbit with arsphenamine. *Journal of Experimental Medicine* 42(1):17-31; Chesney, A.M., Kemp, J.E. (1925). Studies in experimental syphilis: IV. The survival of *Treponema pallidum* in the internal organs of treated and untreated rabbits. *Journal of Experimental Medicine* 42(1): 33-42; Chesney, A.M., Kemp, J.E. (1926). Studies in experimental syphilis: VI. On variations in the response of treated rabbits to reinoculation; and on cryptogenetic reinfection with syphilis. *Journal of Experimental Medicine* 44(5):589-606; Chesney, A.M., Kemp, J.E. (1927). Studies in experimental syphilis: VII. Reinoculation of treated and untreated syphilitic rabbits with heterologous strains of *Treponema pallidum*. *Journal of Experimental Medicine* 46(2):223-237.
- ⁵⁰² De John Cutler a John Mahoney. (18 de septiembre de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001231.
- ⁵⁰³ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001229. El Dr. Mahoney ya había abordado este contraargumento del método de desafío heroico en su publicación sobre Terre Haute y señaló que la “utilidad del enfoque experimental” requería “que la rutina experimental se aproximara razonablemente al modo de transmisión que funciona en la infección que se produce de hembra a macho en los seres humanos; esto, *con el fin de que la carga colocada en el agente profiláctico no exceda demasiado aquella que ocurre por la exposición natural* (énfasis añadido)”. Mahoney, J.F., et ál. (1946). *Op cit.*, 3.
- ⁵⁰⁴ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0000933. “Métodos de desafío” es un término que se usa para describir los estudios de infección intencional. Estos implican inducir una infección deliberadamente a fin de estudiar las medidas preventivas y la patogénesis de la enfermedad. Si bien esto resultaba controvertido, los experimentos de desafío se llevan a cabo aún hoy. Algunos expertos en ética han argumentado que estos no son necesariamente amoraes y que pueden tener una justificación ética cuando los llevan a cabo investigadores competentes de acuerdo con protocolos científicos lógicos que incorporan las medidas preventivas para garantizar la seguridad de los voluntarios. Miller, F.G., Grady, C. (2001). The ethical challenge of infection-inducing challenge experiments. *Clinical Infectious Diseases* 33(7):1028-1033.
- ⁵⁰⁵ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0000701.
- ⁵⁰⁶ John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001290.

- ⁵⁰⁷ De John Cutler a Richard Arnold. (16 de septiembre de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001230.
- ⁵⁰⁸ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000727.
- ⁵⁰⁹ De John Cutler a Richard Arnold. (16 de septiembre de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001230.
- ⁵¹⁰ De John Cutler a John Mahoney. (18 de septiembre de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001228.
- ⁵¹¹ John Cutler. (junio de 1989). Stemming the AIDS epidemic: Drawing on past experience with VD control. *Consultant* 26(6):62-63.
- ⁵¹² *Ibidem*.
- ⁵¹³ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000705.
- ⁵¹⁴ De John Cutler a John Mahoney. (18 de septiembre de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001228.
- ⁵¹⁵ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000734.
- ⁵¹⁶ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000680.
- ⁵¹⁷ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000763.
- ⁵¹⁸ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000680.
- ⁵¹⁹ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000712.
- ⁵²⁰ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000729. En otras palabras, el Dr. Cutler decidió que, en lugar de permitir el tiempo necesario para que los experimentos futuros se basaran en el conocimiento adquirido a partir de los primeros experimentos, los investigadores deberían suponer los resultados en función de la información incompleta y avanzar, aún así, con los experimentos nuevos.
- ⁵²¹ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000728.
- ⁵²² *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000681.
- ⁵²³ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000705.
- ⁵²⁴ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000836.
- ⁵²⁵ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000669.
- ⁵²⁶ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000732.
- ⁵²⁷ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000681.
- ⁵²⁸ Medline. (s. f.). Colección sobre el líquido cefalorraquídeo (CSF). Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003428.htm> (fecha de acceso: 11 de mayo de 2011). El daño en el tronco cerebral puede causar la pérdida de control de las funciones autonómicas, tales como la respiración, la digestión y el pulso cardíaco; y un contratiempo causaría la muerte. The University Hospital. (s. f.). Anatomy of the Brain. Disponible en <http://www.theuniversityhospital.com/stroke/anatomy.htm> (fecha de acceso: 11 de mayo de 2011).
- ⁵²⁹ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000669.
- ⁵³⁰ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000793.
- ⁵³¹ *Ibidem*.
- ⁵³² *Ibidem*.
- ⁵³³ Documentos de Cutler. Registros de los pacientes del manicomio Asilo de Alienados y de la prisión. (diferentes fechas). Tarjetas con anotaciones sobre sujetos. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0005823, CTRLR_0005777.
- ⁵³⁴ Curth, W. (1933). Syphilis in the highlands of Guatemala. *American Journal of Syphilis* 2(xvii):166.
- ⁵³⁵ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000669.

- 536 De John Mahoney a John Cutler. (19 de febrero de 1948). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001223.
- 537 *Ibidem*. No queda claro, a partir de la carta, qué habría incluido la “etapa inocua” del proyecto de Guatemala.
- 538 John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000718.
- 539 *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000744.
- 540 *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000746.
- 541 De John Mahoney a John Cutler. (21 de junio de 1948). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001143.
- 542 Los riesgos relacionados con la aplicación de chancroide de esta manera incluyen dolorosas lesiones pustulosas y enrojecimiento de la piel. Al-Tawfiq, J.A., et ál. (1998). Standardization of the experimental model of *Haemophilus ducreyi* infection in human subjects. *Journal of Infectious Diseases* 178(6):1684–1687; Heyman, H. (1950). Chancroid. In Harrison, T.R., et ál. (Editores). *Principles of Internal Medicine*. Filadelfia: The Blakiston Company, pp. 861-863..
- 543 John Cutler. (s. f.). Experimento con chancroide. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000969.
- 544 PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos.
- 545 Consultar, p. ej., los Documentos de Cutler. (1947-1948) Boletín de Guatemala: Estudios con soldados (GC). Cuaderno clínico. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000621-22.
- 546 PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos.
- 547 John Cutler. (s. f.). Experimento con chancroide. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000947.
- 548 Documentos de Cutler. (1947-1948). Boletín de Guatemala: Estudios con soldados (GC). Cuaderno clínico. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000621-622.
- 549 *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000621.
- 550 John Cutler. (s. f.). Experimento con chancroide. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000969.
- 551 PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos.
- 552 John Cutler. (s. f.). Experimento con chancroide. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000969.
- 553 *Ibidem*.
- 554 Los nombres de los médicos están incluidos en la versión preliminar original del informe del experimento con chancroide, pero luego están tachados a mano y no se incluyeron en la versión final. (Consultar el Apéndice II: informe del experimento con chancroide). *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000980.
- 555 *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000970.
- 556 *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000967. Este filme no estaba en los Archivos de la Universidad de Pittsburgh y no se ha localizado.
- 557 De John Mahoney a John Cutler. (21 de junio de 1948). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001143.
- 558 De Ernest Allen a John Murdock. (28 de junio de 1948). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001182.
- 559 De John Cutler a John Mahoney, enviada por William J. McAnally, Jr. (26 de agosto de 1948). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001163.
- 560 De John Mahoney a John Cutler, enviada por [Fred L. Soper] Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. (3 de septiembre de 1948). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001161.
- 561 *Ibidem*.
- 562 De John Cutler a John Mahoney. (21 de junio de 1948). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001142.
- 563 De John Cutler a John Mahoney. (22 de junio de 1948). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001144.

- ⁵⁶⁴ De John Murdock a John Cutler, enviada por William J. McAnally, Jr. (30 de junio de 1948). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRL_0001151.
- ⁵⁶⁵ De John Mahoney a John Cutler. (16 de julio de 1948). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRL_0001148.
- ⁵⁶⁶ Parran, T. (1937). *Shadow on the Land*. Nueva York: Reynal & Hitchcock, p. 175.
- ⁵⁶⁷ *Ibidem*.
- ⁵⁶⁸ El Dr. Cutler lideró el Estudio de la Sífilis de Tuskegee junto con el Dr. Sidney Olansky y el Dr. Stanley Schuman. Reverby, S. (2009). *Óp cit.*, p. 69.
- ⁵⁶⁹ Jones, J.H. (1993) *Bad Blood: The Tuskegee Syphilis Experiment*. Nueva York: The Free Press, p. 28.
- ⁵⁷⁰ John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTRL_0001287-88.
- ⁵⁷¹ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRL_0000852. El Dr. Cutler cita a: Shattuck. G.C. (1930). Preliminary communication on syphilis in Yucatan. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* S1-10(3):177-182.; Curth, W. (1933). *Óp cit.*; y Shattuck, G.C. (1933). Syphilis in Yucatan and related immunological questions.
- ⁵⁷² John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRL_0000852.
- ⁵⁷³ Curth, W. (1933). *Óp. cit.* El Dr. Cutler cita este artículo en su Informe final sobre sífilis.
- ⁵⁷⁴ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRL_0000809.
- ⁵⁷⁵ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRL_0000809. Cuando el personal de la Comisión viajó a Guatemala y habló con la Comisión de Guatemala que investigaba estos experimentos, les informaron que las palabras usadas para describir a la población aborígen en los documentos contemporáneos (que están en posesión de la Comisión de Guatemala) eran despectivas e insultantes.
- ⁵⁷⁶ Sin firmar [John Cutler] a Richard Arnold. (21 de agosto de 1946) Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRL_0001215.
- ⁵⁷⁷ De Richard Arnold a John Cutler. (10 de abril de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRL_0001190.
- ⁵⁷⁸ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRL_0000858.
- ⁵⁷⁹ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRL_0000809.
- ⁵⁸⁰ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRL_0000655.
- ⁵⁸¹ De G. Robert Coatney a John Cutler. (17 de febrero de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRL_0001051.
- ⁵⁸² De John Cutler a John Mahoney. (17 de mayo de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRL_0001122.
- ⁵⁸³ Kaempfert, W. (1947). Notes on science: Syphilis Prevention. *New York Times*, 27 de abril. Varios meses antes de la publicación en el *New York Times*, el Dr. Eagle había estado trabajando con el cirujano general de la Marina de los Estados Unidos, el contraalmirante Clifford A. Swanson, en la prueba de una profilaxis con penicilina oral en la Marina que surgió de la investigación anterior. El cirujano general Swanson escribió al NRC: “estamos muy interesados en la posibilidad de probar con [penicilina por boca] en la Marina a modo de experimento”. Él pidió “[s]ugerencias para establecer el experimento... si el Consejo considera que esto puede lograrse *sin poner en grave riesgo la salud de los hombres implicados*” [énfasis añadido]. De Clifford A. Swanson a Lewis H. Weed. (13 de febrero de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NAS_0001991. Tal como se describe en un artículo de 1949, Eagle realizó, de hecho, esta investigación en un “grupo pequeño de personal militar y observó una morbilidad extraordinariamente elevada de gonorrea”. Este estudio no implicó la exposición artificial. De hecho, “no se realizaron intentos para determinar si los hombres habían sido expuestos”. En cambio, los sujetos fueron divididos en un grupo experimental, que recibía un solo comprimido de penicilina cada vez que retornaban de su licencia, y un grupo de control, que recibía placebo. Eagle luego comparó el índice general de infección de ambos grupos durante dos periodos de 24 semanas. Eagle, H. (1949). The prophylactic use of penicillin. *Trans Assoc Am Physicians* 62:59-60.

- ⁵⁸⁴ Waldemar B. Kaempffert Dies; Science Editor of The Times, 79. (1956). *New York Times*, 28 de noviembre. Archivos de PCSBI HSPI, MISC_0000070.
- ⁵⁸⁵ Kaempffert, W. (1947). Notes on science: Syphilis Prevention. *New York Times*, 27 de abril.
- ⁵⁸⁶ De John Mahoney a John Cutler. (5 de mayo de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001243.
- ⁵⁸⁷ Lo más probable es porque se pretendía incluir la profilaxis en el kit profiláctico del Ejército para que los soldados se trataran a sí mismos, lo que descartaría las inyecciones. De John Mahoney a John Cutler. (5 de mayo de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001243. Cabe destacar también que los doctores Arnold y Mahoney habían descubierto primero el uso de la profilaxis con la solución orvus-mapharsen, una competencia para el uso de la penicilina como profilaxis. Arnold, R.C., Mahoney, J.F. (1948). Local prophylaxis in experimental syphilis of the rabbit. *Journal of Venereal Disease Information* 29(5):138-41.
- ⁵⁸⁸ De John Mahoney a John Cutler. (5 de mayo de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001243. En su carta, el Dr. Mahoney no especifica por qué pensaba que una preparación oral de penicilina resultaba menos importante; sin embargo, probablemente, su mayor preocupación era que la penicilina como profilaxis creara bacterias resistentes a la penicilina. Tal como lo analizó el Dr. Cutler en el informe Estudios experimentales con gonorrea: “el hecho de que los pacientes puedan volverse sensibles, o ser sensibles, a la penicilina y el peligro inherente de que se cree un flora bacteriana en el paciente que sea resistente a la penicilina, que luego pueda resultar patógena... sugiere que no es aconsejable el uso de la penicilina por vía oral como profilaxis masiva contra la enfermedad venérea”. John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001298.
- ⁵⁸⁹ De John Cutler a John Mahoney. (17 de mayo de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001122.
- ⁵⁹⁰ Ibidem.
- ⁵⁹¹ De John Mahoney a John Cutler. (5 de mayo de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001243. No existe más información en los Documentos de Cutler que haga referencia a la formación de un grupo asesor.
- ⁵⁹² Ibidem.
- ⁵⁹³ Ibidem.
- ⁵⁹⁴ De John Cutler a John Mahoney. (22 de junio de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001242.
- ⁵⁹⁵ De John Mahoney a John Cutler. (30 de junio de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001078.
- ⁵⁹⁶ De John Cutler a John Mahoney. (22 de junio de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001241.
- ⁵⁹⁷ Ibidem.
- ⁵⁹⁸ De John Mahoney a John Cutler. (30 de junio de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001077. Parece que esta confianza fue encomendada más tarde de hecho, como lo prueba una carta posterior escrita por el Dr. Soper en la cual elogia el excelente trabajo realizado por Cutler al liderar el Programa de Enfermedades Venéreas en Guatemala, el cual incluía estudios de “transmisión, serología y tratamiento de las enfermedades venéreas”. El Dr. Soper continúa diciendo que “[d]urante la visita del [Dr. Cutler] en Guatemala, la cual requirió no solo destreza técnica sino la habilidad para lidiar con autoridades y tratar pacientes en condiciones sumamente difíciles, él realizó este trabajo de una manera sobresaliente, se llevó bien con todos y demostró su capacidad administrativa”. De Fred L. Soper a Ernest L. Stubbins. (20 de abril de 1950). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, JHU_0000007.
- ⁵⁹⁹ De John Cutler a John Mahoney. (22 de junio de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTLR_0001241.
- ⁶⁰⁰ Ibidem.
- ⁶⁰¹ Ibidem.
- ⁶⁰² No queda claro a quién incluye el Dr. Cutler entre los cuatro. Además de sí mismo, el Dr. Levitan y el Dr. Harlow, posiblemente incluya al Dr. Spoto.

- ⁶⁰³ De John Cutler a John Mahoney. (22 de junio de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001241.
- ⁶⁰⁴ *Ibidem*.
- ⁶⁰⁵ Strickland, S.P. (1989). Óp. cit.
- ⁶⁰⁶ De John Murdock a John Cutler, enviada por William J. McAnally, Jr. (26 de diciembre de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001102.
- ⁶⁰⁷ De John Cutler a John Mahoney. (22 de junio de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001241.
- ⁶⁰⁸ Consultar, p. ej., De John Cutler a John Mahoney. (4 de febrero de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001047. No se incluyeron copias de estos informes en los Documentos de Cutler.
- ⁶⁰⁹ De John Cutler a John Mahoney. (22 de junio de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001241.
- ⁶¹⁰ De John Mahoney a John Cutler. (30 de junio de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001077.
- ⁶¹¹ *Ibidem*.
- ⁶¹² *Ibidem*.
- ⁶¹³ *Ibidem*.
- ⁶¹⁴ Stout, G.W., Guzmán, M., Scrimshaw, N.S. (marzo de 1952). Reacciones serológicas para sífilis presuntamente positivas falsas en la América Central. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 32(3): 206-213; Stout, G.W., Guzmán, M., Scrimshaw, N.S. (junio de 1952). Reacciones serológicas para sífilis presuntamente positivas falsas en la América Central: II. Relación con el ácido ascórbico, riboflavina, fosfatasa alcalina, carotina y vitaminas A y E en el suero sanguíneo. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 32(6): 521-526; Stout, G.W., Méndez, J., Guzmán, M., Scrimshaw, N.S. (agosto de 1952). Reacciones serológicas para sífilis presuntamente positivas falsas en la América Central: III. Relación con el contenido de proteína, albúmina y globulina en el suero. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 33(2):110-115; Stout, G.W., Aguirre, F., Scrimshaw, N.S. (enero de 1953). Reacciones serológicas para sífilis presuntamente positivas falsas en la América Central: IV. Relación con las reacciones positivas a la prueba de floculación de cefalina colesterol (hanger). *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 34(1): 9-13.
- ⁶¹⁵ De John R. Murdock a William J. McAnally, Jr. (26 de julio de 1948). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001155; Informe del director de la Oficina Sanitaria Panamericana a los gobiernos miembros de la Organización Sanitaria Panamericana. (s. f.). Archivos de PCSBI HSPI, NLM_0000033. El Dr. Stout era un microbiólogo que había trabajado junto con el Dr. Mahoney en Staten Island y que, antes de unirse al equipo de Mahoney, había estado a cargo del Departamento de Serología de la Marina en Bethesda. Archivos de personal de Genevieve W. Stout, nominación para el galardón de reconocimiento departamental, 1962. Archivos de PCSBI HSPI, NPRC_0002573.
- ⁶¹⁶ De John R. Murdock a William J. McAnally, Jr. (26 de julio de 1948). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001155-56; Stout, G.W., Cutler, J.C. (1951). Problemas de serología (sífilis) en Centroamérica. *Journal of Venereal Disease Information* 7(32): 240.
- ⁶¹⁷ De John R. Murdock a William J. McAnally, Jr. (26 de julio de 1948). Correspondencia, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001155-56.
- ⁶¹⁸ Stout, G.W. Archivos de personal, nominación para el galardón de reconocimiento departamental, 1962. Archivos de PCSBI HSPI, NPRC_0002555; Oficina Sanitaria Panamericana. (1948). Expenditure Breakdown: Año civil 1948. Archivos de PCSBI HSPI, PAHO_0000574.
- ⁶¹⁹ Thome, J.V. (agosto de 1955). Encuestas serológicas centroamericanas realizadas durante los años 1950, 1951, 1952 y 1953. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 39(2):131-145.
- ⁶²⁰ *Ibidem*.
- ⁶²¹ *Ibidem*. Uno de los artículos de Stout indica que realizó pruebas serológicas en Guatemala, El Salvador, Costa Rica y Panamá. Stout, G.W., Cutler, J.C. (1951). Óp cit., p. 240. Este trabajo fue llevado a cabo junto con los investigadores de los Estados Unidos. El VDRL de Chamblee (Georgia), el instituto al cual se

- enviaban las muestras constantes de observación de Funes, copatrocinaba los estudios y “la PASB solicitó la cooperación del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos para que el VDRL de Chamblee...actuara como un laboratorio de cocontrol” para, al menos, dos de los estudios. Thome, J.V., *op cit.*, pp.131-145. Sus resultados demostraron una alta incidencia de reacciones falsas positivas en la mayoría de los países involucrados (Panamá, al igual que los Estados Unidos, no mostró una elevada incidencia de falsos positivos), lo que reflejó los resultados anteriores del personal. Stout, G.W., Cutler, J.C. (1951). *Op. cit.*, p. 240.
- ⁶²² De John Mahoney a John Cutler. (21 de junio de 1948). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001143; Memorando a Gustavo An[í]rada a C. H. Morrison. Asunto: asesores remunerados; doctores Funes y Salvado. (5 de abril de 1950). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, NPRC_0001964. El Dr. Carlos A. Salvado recibió una beca “especial de investigación” del Servicio de Salud Pública para estudiar psiquiatría en el Hospital Estatal de Nueva Jersey en 1949. Subsidios de investigación otorgados por el Servicio de Salud Pública. Suplemento 205 de los Informes de Salud Pública. (1950). Archivos de PCSBI HSPI, MISC_0000900.
- ⁶²³ De John Mahoney a John Cutler. (26 de julio de 1948). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001157.
- ⁶²⁴ De John Cutler a Fred L. Soper, enviada por William J. McAnally, Jr. (27 de agosto de 1948). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001183.
- ⁶²⁵ De John Cutler a John Mahoney, enviada por William J. McAnally, Jr. (26 de agosto de 1948). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001162; archivos de personal de Juan M. Funes. (10 de diciembre de 1948). Archivos de PCSBI HSPI, NPRC_0000807.
- ⁶²⁶ *Ibidem*.
- ⁶²⁷ Informe sobre el seguimiento de las pruebas serológicas en pacientes realizado en el CDC en 1953; muestras enviadas desde Guatemala. (s. f.). Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001466.
- ⁶²⁸ *Ibidem*, Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001433-76. Estas cifras son aproximadas, ya que faltan datos de muchos pacientes, lo que hace imposible obtener una cuenta exacta (p. ej., para algunos pacientes, solo se incluye el número de paciente [sin un nombre]; como hay varios pacientes con el mismo número, es imposible determinar si es el mismo paciente al que se le realizaron pruebas dos veces o si son dos pacientes diferentes).
- ⁶²⁹ Consultar, p. ej., Informe sobre el seguimiento de las pruebas serológicas en pacientes realizado en el CDC en 1953; muestras enviadas desde Guatemala. (s. f.). Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001436.
- ⁶³⁰ Esta es la fecha más reciente para la cual existe evidencia de muestras enviadas al VDRL de Chamblee (Georgia).
- ⁶³¹ Levitan, S., et ál. (1952). *Op. cit.*, pp. 379-387.
- ⁶³² John Cutler. (1 de septiembre de 1950). Informe del resumen del Equipo de Demostración de Enfermedades Venéreas de la WHO en India, Archivos de PCSBI HSPI, MISC_0000426.
- ⁶³³ John Cutler, Curriculum vitae. (febrero de 1990). Archivos de PCSBI HSPI, UOFM_0000021.
- ⁶³⁴ John Cutler. (s. f.). Informe del experimento con chancroide. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001003.
- ⁶³⁵ Por ejemplo, el país en el cual se llevó a cabo el experimento y los médicos involucrados. John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI, CTRLR_0001278-79.
- ⁶³⁶ John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000632.
- ⁶³⁷ Aragon, H.A., (octubre de 1948). Estudio de la sífilis y pruebas de la serología en el Hospicio Nacional de Guatemala. *Salubridad y Asistencia*; Stout, G.W., Cutler, J.C. (1951). *Op. cit.*, pp. 238-239; Levitan, S., et ál. (Julio de 1952). *Op. cit.*; Funes, J.M., et ál., (1953). *Op. cit.*, pp. 14-18; Portnoy, J., Galvez, R., Cutler, J.C. (1952). *Op. cit.*, pp. 566-570; Falcone, V.H., Harris, A., Olansky, S., Salvado, C., Cutler, J.C. (1953). *Op. cit.*
- ⁶³⁸ Cutler, J.C., et ál. (febrero de 1972). Studies on development of a vaginal preparation providing both prophylaxis against venereal disease, other genital infections, and contraception. I. Venereal disease prophylaxis, past experience, present status and plans for future studies. *Military Medicine* 138(2):89; Cutler, J.C. (Junio de 1989). *Op. cit.*, p. 63.

- ⁶³⁹ Por ejemplo, Cutler cita, en varios de sus artículos, a un estudio sobre la solución orvus-mapharsen de Funes realizado con trabajadoras sexuales, como apoyo a la afirmación de que “los riesgos del hombre de contraer infección [gonocócica] a través del contacto vaginal era solo uno en veinte contactos”. Consultar, p. ej., Cutler, J.C., (junio de 1989). Óp. cit., pp. 60-61. Este estudio de Funes, no obstante, no incluía información sobre contactos masculinos y, simplemente, se basó en el índice de infección de las trabajadoras sexuales. Funes, J., Aguilar, C.L. (agosto de 1952). La solución de mafarside-orvus en la profilaxis de la blenorragia de la mujer. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 33(2):121-125. En el informe Estudios con gonorrea, sí se llega a esta conclusión de uno en veinte a partir de los datos de Guatemala. John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001303.
- ⁶⁴⁰ Consultar, p. ej., Arnold, R.C., Cutler, J.C., Wright, R.D., Levitan, S. (1952). Studies in penicillin treatment of syphilis – from 1943 to 1950. *Public Health Reports* 67(1):78-89; Cutler, J.C. (1972). Prophylaxis in the venereal diseases. *Medical Clinics of North America* 56(5): 1211-1216; y Cutler, J.C., Arnold, R.C. (1988). Venereal disease control by health departments in the past: Lessons for the present. *American Journal of Public Health* 78(4):372-376. No obstante, tal como el Dr. Cutler concluyó en 1973: “[a] pesar de que se acepta que tanto la sífilis como la gonorrea son completamente curables en las etapas tempranas, es cierto que nunca son insignificantes y, rara vez, se curan sin tratamiento. Es muy cuestionable si sería aceptable exponer deliberadamente a los voluntarios al riesgo de dicha infección. Las circunstancias experimentales requeridas, por ejemplo, el contacto sexual deliberado de los voluntarios con una persona que tiene gonorrea activa o sífilis infecciosa, presentan problemas de índole social, política y ética, que se deben considerar en relación con las actitudes y las prácticas nacionales, y la gravedad del problema que se estudiará”. Además, Cutler continúa diciendo que los experimentos de Terre Haute y Sing Sing se pudieron llevar a cabo con la cooperación de voluntarios “debido a la certeza de la cura y el bajo riesgo subsiguiente para el paciente, y porque la técnica de la infección era la inoculación experimental”, supuestamente opuesta al contacto sexual. Cutler, J.C., et ál. (febrero de 1972). Óp. cit., p. 90.
- ⁶⁴¹ Consultar, p. ej., Mahoney, J.F., Van Slyke, C.J., Cutler, J.C., Blum, H.L. (1946). Óp. cit. John Cutler. (29 de octubre de 1952). Estudios Experimentales con Gonorrea. Informe. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001286; Magnuson, H.J., et ál. (1956). Inoculation syphilis in human volunteers. *Medicine* 35(1):33-82. Además, el personal del VDRL volvió a publicar en relación con la profilaxis de la sífilis en conejos. Consultar, p. ej., Arnold, R.C., Cutler, J.C. (1956). Experimental studies to develop local prophylactic agents against syphilis. *British Journal of Venereal Disease* 32(1):34-35.
- ⁶⁴² Reverby, S. M.(2009). Óp. cit., p. 144; John Cutler, Curriculum vitae. (febrero de 1990). Archivos de PCSBI HSPI, UOFM_0000020.
- ⁶⁴³ “Syphilis vaccine gains”. (1954). *New York Times*, 9 de diciembre.
- ⁶⁴⁴ John Cutler, Curriculum vitae. (febrero de 1990). Archivos de PCSBI HSPI, UOFM_0000020.
- ⁶⁴⁵ *Ibidem*.
- ⁶⁴⁶ Project for the Development of a Combined Agent for Disease Prophylaxis and Contraception. Archivos de PCSBI HSPI, NLM_0001832.
- ⁶⁴⁷ Contrato n.º AID/csd-2822 (8 de diciembre de 1971). Allegheny County Field Efficacy Trial of Prophylaxis-Contraceptive Compound, Experimental Design Document. Archivos de PCSBI HSPI, NLM_000240. En este estudio, los sujetos femeninos fueron seleccionados en clínicas locales que tratan las STD, y se autoidentificaron como de alto riesgo de contraer una STD mediante “visitas repetidas para el tratamiento en esta clínica”. En el experimento, un educador de la salud entrevistó a pacientes, se explicó el propósito del ensayo y, si los pacientes estaban de acuerdo en participar, se les pedía que firmaran un formulario de consentimiento. No se empleó ningún protocolo de infección intencional. Singh, B., Cutler, J. (1979). Vaginal contraceptives for prophylaxis against sexually transmissible diseases. Taller sobre nuevos desarrollo en anticoncepción vaginal, ciudad de Guatemala (Guatemala), 25 al 27 de abril de 1979.
- ⁶⁴⁸ Ackerman, J. (2003). Obituario: John Charles Cutler/Pionero en la prevención de enfermedades sexuales. *Pittsburgh Post-Gazette*. 12 de febrero. Disponible en <http://www.post-gazette.com/obituaries/20030212cutler0212p3.asp> (fecha de acceso: 1 de septiembre de 2011).
- ⁶⁴⁹ Formulario de personal de Richard Arnold. (s. f.). Archivos de PCSBI HSPI, NPRC_0000132.
- ⁶⁵⁰ *Ibidem*.
- ⁶⁵¹ Lista de consultores del taller (s. f.). Archivos de PCSBI HSPI, NLM_0001920.

- ⁶⁵² Obituario de Richard C. Arnold. (s. f.). Archivos de PCSBI HSPI, MISC_000319.
- ⁶⁵³ Consultar Funes, J., et ál. (1953). Serological and clinical studies of syphilis in Guatemala, Central America: Part 2, observations of a group of schoolchildren in Puerto San José. *Pan-American Sanitation Bulletin* 34(1):14-18.
- ⁶⁵⁴ Archivos de personal de Juan M. Funes, aviso de acción del personal. (1956). Archivos de PCSBI HSPI, NPRC_0000799.
- ⁶⁵⁵ Control de Enfermedades Venéreas. (14 de octubre de 1950). *JAMA* 7(144): 556.
- ⁶⁵⁶ Wilcox, R.R. (1954). A WHO Study of Treatment Schedules of Treatment Schedule for Early Syphilis in use Throughout the World. *World Health Organization Bulletin*, 10: 579-617.
- ⁶⁵⁷ Obituario de John F. Mahoney. (1957). Archivos de PCSBI HSPI, MISC_0000071.
- ⁶⁵⁸ Archivo de personal de T. Parran, Archivos de PCSBI HSPI, NPRC_0001601-662.
- ⁶⁵⁹ Archivos de personal de Cassius J. Van Slyke. (diferentes fechas). Archivos de PCSBI HSPI, NPRC_0002844-57.
- ⁶⁶⁰ Para ver otros ejemplos, consultar Beecher, H.K. (1966). Ethics and clinical research. *New England Journal of Medicine* 274(24):1354-1360.
- ⁶⁶¹ Consultar Enmienda sobre medicamentos de 1962; Ley Pública n.º 87-781 (1962), codificada en la 21 U.S.C. 355 (que exige el consentimiento informado en determinadas investigaciones reguladas por la FDA); 21 C.F.R. 50 (ídem); Ley Nacional sobre Investigaciones de 1974, Ley Pública n.º 93-348 (1974), codificada en la 42 U.S.C. 218 (que exige el consentimiento informado y la revisión independiente en la investigación patrocinada por el HHS); 45 C.F.R. 46 (ídem); Emanuel, E.J., Wendler, D., Grady, C. (2000). What makes clinical research ethical? *JAMA* 283(20):2701-2711; Asociación Médica Estadounidense. (1964). *Code of Ethics of the World Medical Association: Declaration of Helsinki*. Helsinki, Finlandia: Asociación Médica Estadounidense.
- ⁶⁶² Consultar la sección “Experimentos en Guatemala desde 1946 hasta 1948” de este informe.
- ⁶⁶³ Consultar la sección “Experimentos en Guatemala desde 1946 hasta 1948: Raza y secretos durante los experimentos en Guatemala: cuestiones sobre el secretismo”.
- ⁶⁶⁴ Consultar la sección “Experimentos en Guatemala desde 1946 hasta 1948: Experimentos de exposición intencional: Descripción general”.
- ⁶⁶⁵ 45 C.F.R. 46, subsecciones B, C, D; Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas y Organización Mundial de la Salud. (2002). *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, pp. 64-66; Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigaciones Biomédicas y Conductuales. (1978). *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. Washington, D. C.: Department of Health, Education, and Welfare, DHEW Publication OS 78-0012; Ruof, M.C. (2004). Vulnerability, vulnerable populations, and policy. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 14(4):411-425; Levine, R.J. (1988). *Ethics and Regulation of Clinical Research*, 2nd ed. New Haven: Yale University Press.
- ⁶⁶⁶ Consultar la sección “Experimentos en Guatemala desde 1946 hasta 1948: Raza y secretos durante los experimentos en Guatemala: cuestiones sobre el secretismo”.
- ⁶⁶⁷ The Nuremberg Code. (1949). En *Trials of War Criminals Before the Nuremberg Military Tribunals Under Control Council Law N.º 10, Volumen 2*. Washington, D. C.: Imprenta del Gobierno de EE. UU., pp. 181-182.
- ⁶⁶⁸ *Ibidem*.
- ⁶⁶⁹ Consultar, p. ej., Kant, I. (1959). *Foundations of the Metaphysics of Morals*, trans. Lewis White Beck. Indianapolis: Bobbs-Merrill Company, pp. 37-42.
- ⁶⁷⁰ Para leer análisis destacados de principios bioéticos y reglas morales, consultar Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. Nueva York: Oxford University Press; Gert, B., Culver, C.M., Clouser, K.D. (Editores) (1997). *Bioethics: A Return to Fundamentals*. Nueva York: Oxford University Press. El Comité Asesor sobre Experimentos con Radiación en Seres Humanos (1995) también hace referencia a estas reglas.

- ⁶⁷¹ de Kruijf, P. (1926). *Microbe Hunters*. Nueva York: Harcourt, pp. 303-325.
- ⁶⁷² *Schloendorff v. Society of N.Y. Hospital*, 211 N.Y. 125, 129, 105 N.E. 92, 93 (1914) (“Todo ser humano adulto y en sano juicio tiene derecho a determinar qué debe hacerse en su propio cuerpo”); Katz, J. (1984). *The Silent World of Doctor and Patient*. Nueva York: The Free Press. Consultar, además, Lederer, S.E. (1995). *Subjected to Science: Human Experimentation in America before the Second World War*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- ⁶⁷³ Comité Asesor sobre Experimentos con Radiación en Seres Humanos. (1996). *Final Report of the Advisory Committee on Human Radiation Experiments*. Nueva York: Oxford University Press, p. 502.
- ⁶⁷⁴ *Ibidem*. Consultar, además, Beecher, H.K. Óp. cit.
- ⁶⁷⁵ Comité Asesor sobre Experimentos con Radiación en Seres Humanos, óp. cit., p. 502.
- ⁶⁷⁶ Moreno, J.D., Hurt, V. (1996). How the Atomic Energy Commission discovered ‘informed consent.’ En DeVries, R., Subedie, J. (Editores). *Bioethics and Society: Constructing the Ethical Enterprise*. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall; Bonham, V.H., Moreno, J.D. (2008). Research with captive populations: Prisoners, students, and soldiers. En Emanuel, E.J., et ál. (Editores). *The Oxford Textbook of Clinical Research Ethics*. Nueva York: Oxford University Press, pp. 461-474; Harkness, J.M. (1996). *Research Behind Bars: A History of Nontherapeutic Research on American Prisoners*, Ph.D. dissertation, University of Wisconsin-Madison, pp. 102-110 que analiza las experiencias de Nathan Leopold en los experimentos con malaria de Stateville; Ethics governing the service of prisoners as subjects in medical experiments: Informe de un comité nombrado por el gobernador Dwight H. Green de Illinois. (1948). *JAMA* 136(7):457-458.
- ⁶⁷⁷ Comité Asesor sobre Experimentos con Radiación en Seres Humanos, óp. cit., pp. 53-54.
- ⁶⁷⁸ Mahoney, J.F., Van Slyke, C.J., Cutler, J.C., Blum, H.L. (1946). Experimental gonococcal urethritis in human volunteers. *American Journal of Syphilis, Gonorrhoea, and Venereal Diseases* 30:3.
- ⁶⁷⁹ Consultar, p. ej., Akrawi, F. (1949). Is bejel syphilis? *British Journal of Venereal Disease* 25:119; Alving, A.S., et ál. (1948). Procedures used at Stateville Penitentiary for the testing of potential antimalarial agents. *Journal of Clinical Investigation* 27:2-5; Rein, C.R., Kent, J.F. (1947). False positive tests for syphilis: A study of their incidence in sporozite-induced vivax malaria. *JAMA* 133(14):1001-1003.
- ⁶⁸⁰ Comité Asesor sobre Experimentos con Radiación en Seres Humanos óp. cit., p. 92, n.2; Lifton, R.J., (1986). *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide*. New York, Basic Books; Proctor, R. (1988). *Racial Hygiene: Medicine Under the Nazis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- ⁶⁸¹ Asociación Médica Estadounidense, Consejo de Administración. Acta de la asamblea de mayo de 1946, pp. 156-157.
- ⁶⁸² Moreno, J.D. (2000). *Undue Risk: Secret State Experiments on Humans*. Nueva York: Routledge, pp. 63-71.
- ⁶⁸³ Coventry, W.A. (1947). Informe del Comité de Referencia sobre Asuntos Varios, acta de la asamblea de la Cámara de Delegados, 9 al 11 de diciembre de 1946. *JAMA* 133(1): 35.
- ⁶⁸⁴ Comité Asesor sobre Experimentos con Radiación en Seres Humanos, óp. cit., p. 76.
- ⁶⁸⁵ *Ibidem*. Por supuesto, las convenciones, tales como el Juramento Hipocrático, que se conoce ampliamente por exhortar a los médicos a “abstenerse de todo daño o mala obra intencional” informaron el acuerdo de los deberes de un médico mucho antes que las declaraciones escritas de mediados del siglo xx. Consultar Rieser, S.J., Dyck, A.J., Curran, W.J. (Editores). (1977). *Ethics in Medicine: Historical Perspectives and Contemporary Concerns*. Cambridge, MA: MIT Press, p. 5.
- ⁶⁸⁶ Ivy, A.C. (mayo de 1947). Nazi war crimes of a medical nature. *Federation Bulletin* 33:133. Ivy también analizó sus opiniones varios meses antes en la asamblea anual de la Federación de Juntas Médicas Estatales de los Estados Unidos en febrero de 1947. Consultar Comité Asesor sobre Experimentos con Radiación en Seres Humanos, óp. cit., p. 93, n. 5.
- ⁶⁸⁷ De John C. Cutler a John F. Mahoney. (17 de mayo de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001122.
- ⁶⁸⁸ *United States v. Karl Brandt et ál.* (1949). The Medical Case, Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law No. 10. Washington, D. C.: Imprenta del Gobierno de EE. UU.

⁶⁸⁹ Ibidem.

⁶⁹⁰ Ibidem.

⁶⁹¹ La veracidad de esta afirmación fue desafiada por muchos desarrollos en la historia de la investigación en sujetos humanos en las décadas posteriores. Consultar, p. ej., Beecher, H.K., óp. cit. Los estudiosos han argumentado que el Código de Núremberg mismo tenía un efecto nulo o ínfimo en los investigadores tradicionales de los Estados Unidos hasta la década de 1960. Consultar Faden, R.R., Lederer, S.E., Moreno, J.D. (1996). US medical researchers, the Nuremberg Doctors Trial, and the Nuremberg Code: A review of findings of the Advisory Committee on Human Radiation Experiments. *JAMA* 276(20):1667-1671.

⁶⁹² Moreno, J.D. (2000). Óp. cit., pp. 64-80.

⁶⁹³ Consultar la sección “Experimentos en Guatemala desde 1946 hasta 1948: Experimentos con sífilis: Descripción general”.

⁶⁹⁴ Comité Asesor sobre Experimentos con Radiación en Seres Humanos, óp. cit., pp. 121-124.

⁶⁹⁵ Consultar la sección “Antecedentes: Desarrollos en la ciencia de las enfermedades de transmisión sexual”. Tal como lo señaló Parran: “Ya sabe, no podíamos realizar un experimento así en este país”. De G. Robert Coatney a John C. Cutler. (17 de febrero de 1947). Correspondencia. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0001051. Consultar también Moreno, J.D. (2000). Óp. cit., pp. 28-32.

⁶⁹⁶ Como se señaló, es posible que los investigadores hayan considerado que las inquietudes morales no eran requisitos significativos, sino límites pragmáticos más allá de los cuales podrían recibir atención no deseada de la prensa, el público o el gobierno. Consultar, p. ej., Katz, J. (1972). *Experimentation with Human Beings: The Authority of the Investigator, Subject, Professions and State in the Human Experimentation Process*. Nueva York: Russell Sage Foundation.

⁶⁹⁷ Consultar la sección “Experimentos en Guatemala desde 1946 hasta 1948: Raza y secretos durante los experimentos en Guatemala: cuestiones sobre el secretismo”.

⁶⁹⁸ Comité Asesor sobre Experimentos con Radiación en Seres Humanos, óp. cit., p. 501.

⁶⁹⁹ Brandt, A.M. (1987). *No Magic Bullet: A Social History of Venereal Disease in the United States Since 1880*. Nueva York: Oxford University Press.

⁷⁰⁰ Consultar la sección “Antecedentes”.

⁷⁰¹ Consultar, p. ej., Jonas, H. (1969). Philosophical reflections on experimenting with human subjects. *Daedalus* 98(2):219-247; Arras, J.D. (2005). Rationing vaccine during an avian influenza pandemic: Why it won't be easy. *Yale Journal of Biology and Medicine* 78:287-300.

⁷⁰² De hecho, un elevado índice de infección dentro de una población local hubiese hecho que un estudio de profilaxis fuese poco apto para esa localidad, debido a que los investigadores buscaban, principalmente, sujetos no infectados a fin de poner a prueba métodos para prevenir la infección. John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI, CTRLR_0000646.

⁷⁰³ Consultar la sección “Experimentos en Guatemala desde 1946 hasta 1948: Diseño inicial del experimento”.

⁷⁰⁴ Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigaciones Biomédicas y Conductuales. (1978). *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. Washington, D. C.: Department of Health, Education, and Welfare, DHEW Publication OS 78-0012.

⁷⁰⁵ Consultar la sección “Experimentos en Guatemala desde 1946 hasta 1948: Experimentos con sífilis: Hospital psiquiátrico: Escarificación y abrasión”.

⁷⁰⁶ Para obtener una lista completa de los documentos, consulte la Tabla I: Los Documentos de Cutler.

⁷⁰⁷ Consultar John Cutler. (24 de febrero de 1955). Informe final sobre sífilis. Archivos de PCSBI HSPI CTRLR_0001299; sin embargo, consultar PCSBI. (2011). Base de datos de sujetos.

⁷⁰⁸ Documentos de Cutler. (1947-1948). Boletín de Guatemala: Estudios con soldados (GC). Cuaderno clínico. Archivos de PCSBI HSPI CTRLR_0000516.

Index

A

abrasión, 70, 71, 72, 73, 201, 217
Aguilar, Casta Luis, 124, 155, 194, 201, 202, 214
Alexander, Leo, 108, 109
Altschuler, L.N., 35, 136, 155
Anderson, Gaylord W., 179
Andrus, E. Cowles, 177, 183, 184
Aragon, Hector, 40, 44, 124, 191, 193, 195, 213
argirol, 48, 123, 146
Arnold, Richard C., 27, 28, 29, 32, 45, 53, 54, 56, 59, 61, 64, 66, 69, 72, 96, 122, 124, 128, 129, 155, 157, 184, 185, 186, 189, 193, 194, 195, 197, 198, 200, 201, 202, 204, 205, 206, 208, 210, 211, 214, 215
Asilo de Alienados (Hospital psiquiátrico), 2, 7, 40, 41, 46, 48, 58, 64, 65, 67, 69, 70, 75, 76, 77, 78, 86, 90, 91, 175, 181, 195, 196, 197, 201, 202, 203, 205, 206, 208, 217
Asociación Médica Estadounidense, 18, 85, 108, 110, 180, 215, 216

B

Baehr, George, 188
Bennett, James, 21, 22, 24, 181
bismuto, 49, 142, 177, 184
Bloomfield, Arthur L., 18, 180
Blum, Henrik, 23, 24, 26, 107, 179, 183, 184, 201, 214, 216
Burton, O.L., 135, 188
Bush, Vannevar, 15, 18, 20, 21, 132
C
calomelanos, 13, 28, 29, 59, 123, 147
Carden, George A., 179
Carpenter, Charles M., 16, 17, 18, 22, 24, 179
cepa Frew, 142, 202
cepa Nichols, 66, 142, 202
“cepas ilícitas”, 60
Chapman, Millicent R., 183
Chesney, A.M., 71, 158, 160, 207
Chinchilla, Roberto Robles, 39, 124
Clarke, Charles W., 133, 178
Clínica de Control de Enfermedades Venéreas, 51

Coatney, G. Robert, 83, 155, 157, 193, 194, 210, 217
Código de Núremberg, 103, 104, 109, 217
Cohn, Alfred M., 16, 22, 179
Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigaciones Biomédicas y Conductuales, 171, 215, 217
Comité Asesor sobre Experimentos con Radiación en Seres Humanos, 106, 160, 169, 176, 215, 216, 217
Comité de Investigación Médica (CMR), 14, 15, 16, 17, 18, 20, 23, 27, 33, 34, 126, 132, 177, 178, 179, 180, 183, 184, 187, 188
Consejo Nacional Asesor de Salud (NAHC), 34, 35, 36, 128, 135, 187, 188, 189
Consejo Nacional de Investigaciones (NRC), 7, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 24, 25, 27, 34, 35, 158, 174, 177, 178, 179, 185, 203
Cox, Oscar F., 20, 133, 178, 179, 180, 183

- Crabtree, James A., 189
- Cumming, Hugh S., 87, 155, 157, 175, 199
- Curth, William, 76, 82, 208, 210
- Cushing, E.H., 133, 178
- Cutler, John C., 4, 5, 6, 7, 8, 12, 15, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 90, 91, 94, 96, 107, 109, 110, 113, 117, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 142, 145, 154, 155, 157, 158, 161, 162, 164, 165, 166, 167, 168, 175, 176, 177, 181, 183, 184, 185, 186, 187, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 216, 217
- D**
- Dilantin, 67
- Dirección General de Sanidad Pública, 36, 189, 193, 199
- Dochez, A.R., 132, 178, 179
- Donovan, James B., 18, 19, 180, 181
- Duracillin, 60, 143, 203
- Dyer, R.E., 33, 34, 132, 134, 135, 177, 179, 188, 189
- E**
- Eagle, Harry, 35, 84, 85, 124, 136, 155, 157, 158, 210
- Ejército Nacional de la Revolución (Ejército de Guatemala), 36
- escarificación, 69, 70, 71, 72, 73, 77, 78, 186, 201
- Estudio de la Sífilis de Tuskegee, 3, 81, 197, 210
- exposición normal, 32, 33, 50, 54, 55, 60, 63, 72, 128, 186, 202
- F**
- Fair, Gordon M., 135, 188
- Fleischman, Ralph, 84
- Forbes, T.R., 179
- Fred, Edwin B., 135, 188
- Funes, Juan M., 32, 33, 37, 42, 46, 51, 73, 86, 90, 91, 96, 97, 124, 125, 129, 130, 155, 157, 176, 186, 191, 192, 193, 194, 199, 200, 201, 202, 213, 214, 215
- Funes, Rolando, 125, 191, 194
- G**
- Galich, Luis, 51, 80, 90, 125, 130, 194, 201
- Galvez, Ramiro, 176, 195, 213
- Guardia de Honor, 50, 196, 198
- H**
- Haemophilus ducreyi, 77, 142, 209
- Harding, Virginia Lee, 36, 125, 155, 189
- Harlow, Elliot, 36, 86, 125, 155, 157, 189, 204, 211
- Harrison, Ross G., 21, 133, 181
- Hastings, A.B., 132, 135, 178, 179, 188
- Heller, John R., 35, 53, 62, 85, 88, 122, 125, 128, 134, 136, 155, 157, 185, 187
- Herrold, Russell, 133, 178, 179, 183
- Hirschhorn, Harold, 183
- Hospicio Nacional de Guatemala (Orfanato), 7, 40, 41, 43, 44, 45, 91, 176, 191, 192, 193, 194, 195, 213
- Hospital de leprosos, 46, 143
- Hospital de Profilaxis (VDSPH), 41, 42, 51, 166, 192, 199
- Hospital Militar, 37, 49, 50, 60, 190
- huérfanos, 6, 37, 190
- I**
- Informe Belmont, 116, 171, 215, 217
- inoculación artificial, 32, 50, 54, 55, 57, 58, 60, 63, 69, 86, 128, 129, 201
- inoculación profunda, 50, 55, 57, 128, 197

- inoculación superficial, 50,
55, 57, 72, 167, 197
- Institutos Nacionales de la
Salud (NIH), 97, 124,
126, 127, 128, 132, 135,
155, 158, 160, 174, 187,
192
- intravenous mapharsen, 123
- Ivy, A.C., 108, 109, 110,
114, 216
- J**
- Jewett, Frank B., 21, 181
- Johnson, Bascom, 35, 136,
155, 157
- K**
- Kaempffert, Waldemar, 12,
84, 85, 109, 110, 177,
210, 211
- Keefer, Chester S., 177, 183,
184
- Kemp, Jarold, 207
- King, F.M., 182
- King, Marion R., 183
- kit profiláctico, 48, 59, 78,
123, 211
- L**
- Laboratorio de Enfermedades
Venéreas y Centro de
Capacitación, 90, 127,
129
- Laboratorio de Investigación
de Enfermedades Venéreas
(VDRL), 3, 5, 6, 7, 14,
22, 23, 27, 29, 32, 33,
34, 35, 36, 37, 40, 41,
44, 66, 70, 87, 91, 94,
96, 97, 101, 107, 109,
113, 123, 124, 125, 126,
133, 136, 156, 175, 176,
185, 186, 191, 192, 194,
195, 202, 212, 213, 214
- Leprosarium, 130
- Levitán, Sacha, 28, 36, 50,
79, 125, 155, 157, 189,
191, 192, 193, 194, 195,
211, 213, 214
- Lundeberg, Karl R., 135, 188
- M**
- Magnuson, Harold J., 84,
184, 214
- Mahoney, John F., 13, 14, 15,
22, 23, 24, 25, 26, 27,
28, 29, 32, 35, 37, 38,
39, 40, 43, 44, 50, 53,
54, 55, 56, 57, 59, 61,
62, 64, 67, 69, 70, 71,
72, 73, 76, 79, 80, 83,
84, 85, 86, 87, 88, 91,
97, 107, 109, 122, 125,
126, 128, 129, 133, 134,
136, 155, 157, 175, 176,
177, 178, 181, 182, 183,
184, 185, 186, 187, 188,
190, 191, 192, 194, 197,
198, 200, 201, 202, 204,
205, 206, 207, 208, 209,
210, 211, 212, 213, 214,
215, 216
- Marvel, Carl S., 135, 188
- Mast, George W., 35, 136,
155, 157
- Maxcy, Kenneth F., 135, 188
- Maza, Raul, 50, 60, 79, 126
- McAnally, Jr., William J.,
209, 210, 212, 213
- McIntire, Ross T., 17, 178
- método de contacto, 69, 73,
201, 206
- Meyer, Karl F., 135, 188
- Miller, C. Phillip, 179, 183,
207
- Moore, Joseph Earle, 14, 15,
16, 17, 18, 19, 20, 21,
22, 24, 25, 27, 34, 37,
155, 157, 158, 177, 178,
179, 180, 181, 182, 184,
185, 186, 188, 203
- Murdock, John R., 80, 201,
209, 210, 212
- Mussen, R.W., 179
- Musser, John H., 135, 188
- Mustard, Harry S., 135, 188
- N**
- Neisseria gonorrhoeae, 16,
48, 143, 144, 177, 184,
198
- Nelson, Nels, 133, 178
- niños, 2, 7, 42, 43, 44, 45,
46, 91, 96, 101, 103,
128, 130, 176, 191, 192,
193, 194, 195
- O**
- Oficina de Asuntos
Interamericanos (OIAA),
33, 157, 186

- Oficina de Investigación y Desarrollo Científico (OSRD), 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 27, 33, 34, 132, 157, 178, 179, 180, 184, 185, 187, 188
- Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos, 33
- Oficina Sanitaria Panamericana (PASB), 5, 6, 36, 37, 79, 80, 87, 90, 96, 124, 125, 126, 127, 128, 175, 176, 189, 190, 193, 195, 199, 201, 213
- Olansky, Sidney, 96, 176, 191, 210, 213
- Oliva, Juan, 50, 126
- Organización Panamericana de la Salud (PAHO), 5, 154, 155, 157, 176, 189, 190, 193, 194, 212
- orphans, 130, 131
- orvus-mapharsen, 28, 29, 33, 39, 47, 48, 59, 62, 63, 66, 77, 78, 123, 124, 145, 147, 201, 202, 206, 211, 214
- P**
- Panel de la Penicilina, 27, 34, 185, 188
- Paredes Luna, Abel, 80, 125
- Parran, Thomas, 12, 13, 16, 17, 22, 33, 34, 36, 37, 76, 81, 83, 84, 97, 126, 128, 134, 155, 157, 158, 171, 178, 182, 187, 188, 194, 210, 215, 217
- Paullin, James E., 18, 180
- penicilina, 12, 27, 28, 32, 37, 38, 43, 45, 48, 49, 52, 54, 59, 60, 62, 64, 66, 67, 70, 81, 84, 115, 123, 130, 142, 143, 145, 166, 175, 177, 184, 185, 188, 194, 197, 199, 203, 204, 210, 211
- Penitenciaría Central, 33, 36
- Pepper, O.H. Perry, 18, 133, 179, 180
- POB, 52, 59, 60, 145, 203
- Porterfield, John D., 189
- Portnoy, Joseph, 36, 126, 155, 157, 176, 189, 191, 194, 195, 205, 213
- Price, David E., 35, 136, 155, 189
- prisioneros, 2, 7, 12, 19, 21, 24, 25, 33, 39, 42, 43, 47, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 86, 96, 100, 103, 107, 109, 116, 156, 176, 179, 180, 181, 182, 190, 192, 193, 204, 205
- Proteinato de plata, 13, 26, 28, 39, 145
- Prueba de Kahn, 41, 44, 91, 145, 176, 191
- Prueba de Kolmer, 41, 44, 176, 191, 195
- Prueba de Mazzini, 41, 44, 145, 176, 191
- Prueba de VDRL, 44, 91, 191
- punción cisternal, 7, 46, 74, 75, 76, 131, 145, 176, 193
- punción espinal, 76
- punción lumbar, 7, 41, 43, 45, 46, 91, 145, 176, 195
- R**
- Reed, Lowell J., 35, 135, 136, 155, 157, 179, 188
- Reidel, Robert H., 179
- Reverby, Susan M., ix, 4, 160, 171, 174, 203, 210, 214
- Richards, A.N., 16, 17, 18, 132, 158, 177, 178, 179, 180, 181
- Rockefeller, John D., 179, 199
- Rogers, John A., 17, 178
- Roosevelt, Franklin D., 14, 186
- Rosahn, Paul D., 185
- Rose, William C., 135, 188
- S**
- Salvado, Carlos, 40, 46, 65, 66, 67, 75, 90, 91, 126, 155, 157, 176, 191, 212, 213
- salvarsán, 42
- Scheele, Leonard, 76
- Schoening, Harry W., 135, 188, 189
- Schuman, Stanley, 210
- Schwartz, Walter, 185, 188
- Sección de Estudio de la Sífilis, 34, 35, 84, 124, 125, 126, 128, 136, 174, 181, 185, 188

- Segundo Congreso de Enfermedades Venéreas en Centroamérica, 41, 45, 194
- Servicio de Salud Pública (PHS), 3, 4, 5, 7, 13, 14, 15, 16, 17, 22, 23, 25, 28, 33, 34, 35, 36, 40, 46, 50, 53, 70, 80, 81, 83, 84, 90, 91, 94, 96, 97, 113, 118, 122, 136, 154, 155, 156, 157, 158, 160, 161, 174, 175, 176, 177, 179, 182, 183, 185, 187, 188, 189, 193, 194, 197, 199, 202, 203, 213
- Settle, R.O., 183
- Simmons, Ingalls H., 122
- Simmons, James S., 132, 177, 179
- Smith, Harold W., 132, 177, 179
- soldados, 2, 7, 19, 37, 47, 48, 49, 50, 53, 54, 60, 64, 77, 78, 103, 107, 116, 130, 177, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 202, 203, 204, 209, 211, 217
- Solomon, Harry C., 35, 136, 155, 157, 188
- Soper, Fred L., 87, 155, 158, 175, 206, 209, 211, 213
- Spoto, Joseph, 36, 37, 40, 61, 83, 126, 155, 157, 189, 190, 194, 211
- Sternberg, Thomas H., 179, 185, 188
- Stewart, Irvin, 132, 178, 179, 180, 181
- Stokes, John H., 35, 133, 136, 155, 157, 162, 178, 185, 188, 192, 193, 204
- Stout, Genevieve, 80, 90, 91, 127, 129, 155, 157, 176, 189, 191, 192, 193, 194, 195, 212, 213
- Subcomité de Enfermedades Venéreas, 14, 15, 16, 17, 34, 126, 150, 174, 177, 178, 179, 180, 182, 183, 185, 188, 201
- sulfanilamida, 13, 142
- sulfatiazol, 59, 77, 142, 197
- sulfonamida, 18, 142
- Switzer, Mary, 189
- Swope, E.B., 183
- T**
- Tejeda, Carlos, 38, 40, 57, 78, 79, 86, 122, 127, 190, 194
- trabajadoras sexuales
comerciales, 2, 7, 20, 24, 33, 49, 50, 51, 52, 55, 60, 61, 116, 130, 131, 166, 168, 203
- Treponema pallidum, 53, 59, 73, 75, 144, 146, 147, 202, 207
- Tribunal Médico de Núremberg, 107
- Turner, Thomas B., 35, 37, 136, 155, 157, 158, 179
- U**
- Universidad de Carolina del Norte, 84, 197
- Universidad de Harvard, 35, 132, 135, 136, 178, 179, 188
- Universidad de Pensilvania, 35, 133, 136, 154, 158, 159, 188
- Universidad de Pittsburgh, 4, 5, 7, 96, 97, 154, 158, 209
- Universidad de Rochester, 16, 179
- Universidad Johns Hopkins, 15, 34, 35, 37, 84, 94, 126, 132, 135, 136, 154, 158, 159, 160, 162, 170, 179, 188, 207, 216
- V**
- Van Slyke, Cassius J., 16, 22, 23, 26, 34, 35, 53, 54, 62, 84, 85, 87, 97, 107, 127, 128, 134, 135, 136, 155, 157, 182, 183, 184, 187, 188, 189, 201, 214, 215, 216
- Vaughn, Henry F., 135
- Vonderlehr, R.A., 22, 179, 182, 197
- W**
- Walker, Alice, 36, 127, 155, 167, 189
- Walter Reed, 106
- Weed, Lewis H., 132, 133, 178, 179, 181, 210
- Wood, Barry, 185
- Wright, Willard, 44, 193

Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues
1425 New York Avenue NW, Suite C-100
Washington, D.C. 20005
(202) 233-3960
<http://www.bioethics.gov>