

Aspectos de la reproducción relacionados con los derechos humanos

I. INTRODUCCION

CARLOS MACGREGOR *

Presentado en sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, el 12 de marzo de 1980.

* Académico numerario. Director de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

La Organización Mundial de la Salud proclama la salud como un derecho humano, definiendo que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; haciendo énfasis en que la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.

La responsabilidad de la sociedad y del Estado en la aplicación y legislación de las medidas que

en conjunto tienden a proteger la salud deben estar acordes con los avances de las ciencias y en especial de la medicina, para salvaguardar los derechos humanos.

Cabe preguntarse si los derechos humanos son cambiantes o si se mantienen firmes y es sólo cuestión de criterio de aplicación, con base en la evolución de los conocimientos y las estructuras sociales, lo que establece un cambio aparente.

En este simposio se analizan algunos de los aspectos de la reproducción íntimamente relacionados con los derechos humanos, principalmente aquellos que han representado un problema para lograr un acuerdo internacional, porque en su interpretación entran en juego, junto con los aspectos jurídicos, valores éticos, religiosos y sociales, que dificultan la unificación de criterios.

La contracepción, actualmente aceptada en todo el mundo a pesar de que no siempre se encuentra representada en las legislaciones, es el mejor ejemplo de la evolución de los pueblos en sus costumbres fundamentales y marca el cambio de actitud de la humanidad más importante, ocurrido en menor tiempo. En relación con la contracepción resulta interesante analizar si en algunos casos se han agredido los derechos humanos o bien si, al no propiciarla brindando la información y los recursos correspondientes, las sociedades y los gobiernos que así actúan faltan a los derechos humanos al obstaculizar un camino que facilita la salud y el bienestar.

El aspecto de la terminación artificial del embarazo representa probablemente el ejemplo vivo más ilustrativo de los criterios contradictorios aún vigentes, para analizar y resolver un problema de salud que se relaciona constantemente con los derechos humanos.

La esterilización quirúrgica, tan difundida y aceptada, tiene aspectos legales y éticos que requieren análisis y que están considerados en los códigos que estructuran los derechos humanos.

No hay acuerdo sobre la legitimidad de la inseminación artificial, principalmente la heteróloga, y aunque en este caso se trata de un problema de minorías, está íntimamente ligado a los derechos humanos y matizado en diversas sociedades por aspectos legales, éticos y religiosos divergentes.

No existe posibilidad de avance científico sin el aporte de la investigación; es en las últimas tres décadas que se dan pasos gigantescos en la investigación de la fisiología intrauterina, que ha permitido y seguramente permitirá en el futuro elevar la calidad de vida. Sin embargo ninguna investigación a pesar de los avances tecnológicos se rodea de tantas restricciones, para que no resulte negativa a los derechos humanos.

Estamos seguros de que el análisis que de estos puntos se hace a lo largo del simposio permitirá forjar un criterio más objetivo para saber cuándo estamos respetando o faltando a los derechos humanos, ya sea por hacer algo que los contraviene o bien por dejar de hacer aquello que los garantiza.

II. ANTICONCEPCION

JORGE MARTÍNEZ-MANAUTOU *

En 1974, después de la conferencia de Bucarest, México fue uno de los primeros países en establecer el derecho constitucional de la persona a decidir, de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, al modificarse el Artículo 4º de nuestra Carta Fundamental.

La posibilidad jurídica abría los cauces de la planificación familiar y confería al Estado la grave responsabilidad de atender la demanda existente, crear los mecanismos de información y educación para difundir los conceptos sobre la regulación racional de la fecundidad y generar todas las acciones que requería incorporar una nueva actividad de salud en la infraestructura sanitaria del país.

Existía ya una política demográfica definida, pero faltaba la decisión de alto nivel que encarara, con sentido pragmático, los problemas creados por el ritmo acelerado del crecimiento de la población.

Al iniciarse la actual administración pública, se manifestó la clara decisión de afrontar el problema demográfico y establecer las bases para la acción coordinada de todos los recursos de inducción del Estado requeridos para disminuir el incremento demográfico de 3.2 por ciento en 1976, a 2.5 por ciento en 1982.

Con tal finalidad fue creada la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, cuya primera actividad fue elaborar el Plan Nacional, aprobado por el señor Presidente el 28 de octubre de 1977.

Es evidente que desde 1973 se iniciaron las acciones de planificación familiar en el sector público; sin embargo hasta tres años después de la promulgación del Artículo 4º Constitucional, el Estado ponía los elementos para que la población pudiera ejercer el derecho que la ley otorgaba, mediante un plan que conjuntaba todos los recursos disponibles, en una acción integral y coordinada.

El Plan Nacional, como vehículo para promover y atender la demanda de la población en planificación familiar, considera la ejecución de encuestas que lleven al conocimiento de las actitudes de los usuarios activos y potenciales, con objeto de tomar las medidas correctivas que permitan la obtención de las metas programadas.

* Académico numerario. Jefatura de Servicios de Planificación Familiar. Subdirección General Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Con la intención de conocer las variables que afectan el conocimiento y uso de los anticonceptivos, entre otros datos importantes, se efectuó la primera Encuesta Nacional de Prevalencia en el uso de los métodos anticonceptivos a finales de 1978.

De la información captada por la encuesta, se encontró que 40 por ciento de las mujeres en unión usaban anticonceptivos, en comparación con el 11 por ciento que lo hacían en 1974.

Es importante que las mujeres más jóvenes ingresen al programa en virtud del impacto demográfico que esto implica. De 23.4 por ciento de las usuarias que declararon estar activas, 46.2 por ciento tenían entre 20 y 34 años y 33.4 por ciento eran mayores de 35 años. Estas cifras manifiestan que el programa se rejuvenece constantemente.

Usuaris por método

El éxito de un programa de planificación familiar está directamente relacionado con la efectividad de los anticonceptivos, con el conocimiento que de ellos tenga la usuaria y con la aceptación de la pareja.

Para la selección de un método deben tomarse en cuenta distintos factores, tanto técnicos como personales y basarse en el respeto a la libre decisión del individuo.

La proposición del método quirúrgico se hace a personas mayores de 30 años o con alta paridad, aunque se hacen excepciones en los casos en que la solicitud proviene de familias bien integradas, independientemente de la edad y el número de hijos.

En las mujeres con problemas de salud susceptibles de complicarse en gestaciones sucesivas y que no desean someterse a la cirugía, se intenta el uso de los métodos transitorios de mayor eficacia como los hormonales inyectables y orales o el dispositivo intrauterino. Sin embargo se respeta el deseo de la usuaria en cuanto a la selección entre los métodos disponibles, cuando no existe contraindicación médica.

Las mujeres en edad fértil y en unión practicaban la anticoncepción en las proporciones siguientes: combinados para uso bucal, 36 por ciento; 17.8 por ciento optó por el método quirúrgico; el dispositivo intrauterino (DIU) fue seleccionado por 16.1 por ciento. En menor proporción se usaron los inyectables, el ritmo y el coito interrumpido, correspondiendo a 6.5, 6.9 y 6.7 por ciento respectivamente. Los métodos locales, óvulos, jaleas, espumas y otros, se utilizaron en 3.5 por ciento. Los procedimientos de uso masculino, el preservativo y la vasectomía, sólo se usaron en 2.8 por ciento el primero y 0.3 por ciento la segunda.

Distribución de los métodos por edad de la usuaria

Se considera importante conocer la distribución de los diferentes métodos por los diferentes grupos de edad de las mujeres expuestas al riesgo del embarazo no deseado. La encuesta informó que en el grupo comprendido entre los 15 y los 24 años, 52.5 por ciento usaban las pastillas; el DIU era empleado por 17.6 por ciento y 8.8 por ciento había seleccionado el preparado inyectable. Es natural que en este grupo no se mencione el método quirúrgico.

En el siguiente grupo de edad, el de 25 a 34 años de edad, la pastilla se empleaba en 35 por ciento; la ligadura tubaria inicia su incremento entre estas usuarias y llega a 19.9 por ciento, aumentando también el uso del DIU hasta 19.5 por ciento. Los inyectables bajan a 6.1 por ciento permaneciendo los métodos locales en la misma proporción de 3.5 por ciento.

El 66 por ciento de las mujeres de 35 a 44 años seleccionan preferentemente los tres métodos de mayor eficacia en las siguientes proporciones: en primer lugar, con 31.5 por ciento el método quirúrgico; en segundo, la pastilla con 25 por ciento y el DIU en tercero con 10 por ciento.

El 33 por ciento de las mujeres de 41 a 49 años seleccionó el procedimiento quirúrgico; 16.6 por ciento el dispositivo y sólo 13.9 por ciento regulaba su fecundidad con el método bucal combinado, ascendiendo a 69.5 por ciento el uso de métodos de alta eficacia.

De acuerdo con las últimas investigaciones sobre las complicaciones por el uso de hormonales combinados en mujeres mayores de 35 años, desde 1979 se procedió a la sustitución de ese método por otros como el DIU y el inyectable, de la misma eficacia pero con menores riesgos para la salud de las usuarias.

Uso y escolaridad

En México, como en otros países, existe una relación importante entre la escolaridad y la regulación de la fecundidad. De todas las mujeres investigadas, 53 por ciento declaró haber usado algún anticonceptivo: 95.9 por ciento de quienes habían terminado la preparatoria; 80.5 por ciento de las que contaban con secundaria completa; 66.3 por ciento entre las que no la habían terminado; 70.7 por ciento de aquellas que declaraban primaria completa; estas proporciones se abaten hasta 28 por ciento en las que no registraron escolaridad.

Uso y sitio de residencia

Como consecuencia del aumento de la migración del campo a la ciudad, la población urbana ha crecido hasta el grado de que se considera que la mitad de los habitantes del país residen actualmente en localidades urbanas. Para efectos del acceso y la disponibilidad de los servicios, esto es

una gran ventaja; sin embargo aún persisten más de 90 000 poblaciones con menos de 2 500 habitantes, para quienes el acceso a los servicios de salud era imposible hasta hace unos meses.

Los datos de la encuesta demuestran que de 53 por ciento de las mujeres que utilizan un método, 71 por ciento vive en alguna de las tres grandes áreas metropolitanas de la ciudad capital, Guadalajara o Monterrey; 65 por ciento habita en localidades de más de 15 000 personas y 37 por ciento en asentamientos menores de la cifra anterior.

Es evidente la influencia del sitio de residencia en el uso de los servicios de salud y por consiguiente en los de planificación familiar. En 1978 había en el país 30 300 000 habitantes marginados de los servicios mencionados. El Gobierno Federal, en un esfuerzo sin precedente, amplía la cobertura de la medicina preventiva y asistencial mediante dos programas sustantivos, el del IMSS-COPLAMAR, para acceder a diez millones de personas, en el nivel medio de atención y el Programa de Salud Rural de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para otros once y medio millones, en el nivel de atención primaria, básicamente con servicios comunitarios, impartidos por personal seleccionado en la propia comunidad, con capacitación específica para incidir en las principales causas de morbilidad de la región.

Los resultados globales del Plan Nacional hasta diciembre de 1979 fueron los siguientes: la cobertura de mujeres en unión ascendió del 30 por ciento en 1976, a 48 por ciento en 1979. El 77 por ciento de los métodos usados corresponde a los de alta eficacia: pastillas, dispositivos intrauterinos, inyectables y quirúrgicos. Sólo 17 por ciento utiliza los tradicionales. El 95 por ciento de las usuarias declara no tener oposición del compañero para la anticoncepción.

En cuanto al impacto demográfico del programa, los datos demuestran que el crecimiento porcentual anual de la población bajó de 3.2 en 1976 a 2.95 en 1978. Para abril de 1980 se contará con los datos que manifestarán las tasas de crecimiento para 1979.

Asimismo se aprecia el decremento en el número de abortos, expresado en la disminución de las complicaciones tratadas en el IMSS y el ISSSTE, que en 1973 eran de 43.9 por diez mil derechohabientes, a 23.3 en 1978; esta disminución equivale a 47 por ciento. Estos datos demuestran que el Plan Nacional está cumpliendo con dos de sus principales objetivos: abatir el crecimiento demográfico y reducir las cifras del aborto inducido.

Estamos convencidos de la necesidad de facilitar el acceso a los servicios de planificación familiar de toda la población, incluyendo la que se localiza en las áreas marginadas urbanas y en las zonas rurales dispersas. Sólo de esa manera podrán ejercer el derecho que les confiere el Artículo 4º Constitucional a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos y la selección del método anticonceptivo.

III. TERMINACION ARTIFICIAL DEL EMBARAZO

LUIS CASTELAZO-AYALA *

* Académico titular.

Un importante problema de salud materna lo constituye la práctica del aborto inducido, particularmente si se practica clandestinamente, en forma ilegal. Si bien todo el mundo acepta que por su magnitud constituye un problema de salud pública, no se conoce su epidemiología, que obviamente debe ser diferente en distintas regiones, países y grupos en el mundo, según diversos matices de cultura, costumbres, educación, medio socioeconómico, instalaciones y recursos. Los datos que proporciona la literatura son muy dispersos y apenas principian a realizarse y a aparecer estudios prospectivos en los que se suprimen factores subjetivos de información y otros factores que enmascaran la realidad de los hechos. Siendo un factor básico para la evaluación de sus nocivas consecuencias, hemos de esperar el resultado de estas investigaciones para conocerlas con certeza y poder combatirlas.

Al través de intentos por encuesta que se han realizado en diversos países, entre otros en el nuestro, puede observarse que las mujeres satisfacen la integración de su prole aproximadamente a los 32 años y que durante el resto de su vida reproductiva o bien continúan teniendo hijos no deseados o bien recurren al aborto clandestino, por ser el medio más conocido y tradicional para ellas. Se ha encontrado además que la mayoría de las que recurren al aborto son mujeres casadas o en unión estable, con gran número de hijos y de bajo nivel socioeconómico, educativo y cultural. Razones todas ellas que explican las complicaciones médicas que sufren al acudir al aborto. En la encuesta de México se menciona que 34.9 por ciento de las mujeres entre 15 y 49 años concurre por lo menos una vez a servicios hospitalarios, para la solución de complicaciones por aborto clandestino y que 4 por ciento acude cada año al hospital por aborto complicado. Se observa también que cuando este tipo de mujeres es invitado y motivado para practicar la prevención del embarazo por métodos de planificación familiar, la inmensa mayoría no vuelve a recurrir al aborto.

En el informe de Tietze y Lewitt, 10 por ciento de las mujeres sometidas a aborto presentaron una o más complicaciones, dentro de las que destacan la hemorragia, infección, lesiones traumáticas, choque, embolismo amniótico y secuelas transitorias o permanentes. Obviamente las complicaciones

* Académico titular.

son más frecuentes y graves cuanto mayor es la edad del embarazo en que se realiza su interrupción: 3.2 a 4 veces más alta para el segundo trimestre que para el primero; la proporción de complicaciones mayores fue aproximadamente el triple.

Se ha insistido también en las repercusiones sobre embarazos posteriores, señalando un riesgo más elevado de prematuridad, aborto espontáneo, muerte fetal, anomalías placentarias y hemorragia ante o postparto. La mortalidad materna se eleva en casos de histerotomía y cuando es practicada por personal empírico.

Haremos ahora algunas reflexiones sobre el aborto sujeto a legislación restrictiva y la liberación legal de la práctica del aborto. Como se ha visto, no son en México las mujeres jóvenes, solteras, con nivel de vida relativamente bueno, las más frecuentes víctimas del aborto inducido, como ocurre en los países desarrollados; ni tampoco constituyen proporción significativa aquellas que lo utilizan para reparar el fracaso de un método anticonceptivo. En su mayoría se trata de mujeres en edad media, con numerosos hijos, con una unión conyugal más o menos estable y cuya carencia de recursos les obliga a evitar la procreación de un nuevo vástago. El aborto, en este caso, es el método que la tradición y la subcultura ponen a su alcance. Dándole este enfoque de amplia visión, a escala nacional, puede afirmarse que en México, como en toda América Latina, el aborto inducido es un problema más entre todos los producidos por la pobreza y la ignorancia.

Así pues, su solución radical ha de lograrse modificando las causas básicas que lo determinan, es decir, elevando el nivel económico y de instrucción, a fin de que la población esté realmente capacitada para hallar mejores soluciones a sus problemas.

Es por eso que toda acción que permita superar la carencia de recursos y de conocimientos, será el arma más valiosa en contra del aborto inducido, de la misma manera que lo ha sido para otros problemas de salud con semejante denominador causal, como las diarreas y la desnutrición.

Sabemos que el progreso económico y social ofrece sus resultados a largo plazo y que es urgente encontrar medios que coadyuven al abatimiento del problema, bien sea atacando las causas desencadenantes o determinantes inmediatas o tratando de hacerlo menos funesto.

En el primer caso, contamos con un método preventivo: la anticoncepción, el que, siendo menos nocivo que el aborto, satisface la necesidad de la usuaria de evitar los hijos no deseados. Pero muchas mujeres siguen utilizando el aborto como medio de control natal, porque desconocen otros métodos; algunas más, aunque saben de ellos, les temen más que al aborto, a pesar de que hayan sido testigos de sus consecuencias fatales o de haber sufrido personalmente sus complicaciones.

Por ello, cuando los programas de planificación familiar tienen como una de sus finalidades mo-

dificar las tasas de aborto inducido, la labor educativa que desarrollen llega a ser la acción más trascendente, ya que como se ha dicho, la práctica del aborto está culturalmente más arraigada en la población, en virtud, más que todo, de que es un método usado desde la antigüedad y relativamente accesible a todos los estratos sociales.

Ahora bien, ante la actitud de otros países, en los que se ha considerado la legalización o liberación del aborto inducido como un medio para disminuir la agresividad del ilegal, ha surgido la inquietud entre algunos grupos limitados de la comunidad médica y de otras profesiones, de considerarlo asimismo benéfico para nuestro país.

Esta suposición, que parece demasiado simplista, requiere ser analizada y discutida con más profundidad y seriedad, aun sin abordar sus implicaciones filosóficas —morales o religiosas— ya que, aunque muy importantes, rebasan los propósitos de esta presentación, a la que se trata de dar un enfoque pragmático.

En primer término hemos de reconocer que el aborto inducido es un método reparativo de evitar nacimientos y no un método preventivo como la anticoncepción. Sobre este particular, recordemos que siempre que ello sea factible ha de propugnarse por la sustitución de toda acción reparativa por una preventiva. Este principio es inobjetable, aceptado aun por los defensores de la legalización del aborto.

Por otra parte, la experiencia de algunos países en los que el aborto ilegal era, como en el nuestro, una práctica frecuente, al legalizarse no sólo no bajó la frecuencia de los ilegales, sino que por el contrario, se elevó. Si tal fue el caso, digamos por ejemplo, de Alemania oriental, es fácil suponer, aun sin haber experiencia en países latinoamericanos, que, al menos en México, este fenómeno sería más notable aún, ya que las comadronas empíricas que actualmente lo practican y a las que obviamente no se les permitiría consumir el aborto, se sentirían con derecho a ello en virtud de que no se les impide llevar al cabo otras acciones que, también por tradición, han venido ejecutando, tales como la atención del embarazo y del parto.

Además no hay razón para suponer que la elevada proporción de mujeres que por enraizados patrones culturales confían en las empíricas su atención obstétrica, incluyendo el aborto, cambien su actitud y prefieran a un médico.

Estas razones serían de por sí suficientemente poderosas para dejar de considerar la liberalización legal del aborto; pero existen otros hechos que evidencian la poca aplicabilidad de tal acción y que conviene revisar.

Una elevada, muy elevada proporción de la población carece de servicios médicos, y otra parte, cuando los tiene, son indudablemente ineficientes para la práctica de un aborto, aun con la técnica más sencilla como es la succión.

¿Qué objeto tendría para esa gran parte de la población la legalización del aborto? En el mejor

de los casos ninguno, aunque siempre existe la posibilidad de incrementar el ilegal practicado por las mencionadas empíricas.

Vamos ahora el problema que a las instituciones oficiales y descentralizadas de salud del país se les plantearía en los sitios donde tienen sus instalaciones médicas.

Sabemos que al legalizarse los abortos disminuye la utilización de anticonceptivos. Esto se ha observado aun en aquellas naciones en las que se legalizó el aborto cuando la práctica anticonceptiva había sido masivamente aceptada con antelación, como Bulgaria, primer país europeo que liberalizara sus leyes de aborto.

En principio, es inaceptable que el aborto sustituya a los anticonceptivos; pero además, como es sabido, precisamente las mujeres que abortan tienen mayor posibilidad de embarazarse que las personas que utilizan anticonceptivos o las que llegan al final de su embarazo. Recordemos que algunos estudios han evidenciado que en ausencia de anticoncepción, se requieren de dos a tres abortos para evitar un embarazo.

Todo ello hace que al legalizarse el aborto aumente el número de embarazos y crezca la demanda para suspenderlo en tales proporciones, que prácticamente sería imposible cubrirla, sobre todo en países económicamente débiles y con limitada infraestructura médica.

Para tener una idea de la magnitud del problema haremos tan solo referencia a las conclusiones de algunos estudios logísticos hechos en los Estados Unidos de Norteamérica. Al través de ellos se ha llegado a considerar que si se arribara a la legalización del aborto sin límites en ese país, se requeriría la quinta parte de todo el presupuesto que actualmente se aplica en el área de salud. Obviamente en el nuestro se necesitaría una proporción mayor.

Meditemos si sería lógico que un pueblo con menos recursos económicos y con muchos otros problemas de salud más serios aún, como la desnutrición y las enfermedades transmisibles, que en todo caso requerirían esa proporción del presupuesto, ejercerlo en un problema que, como el aborto, requeriría inversiones en forma indefinida, ya que irremediablemente se repite y que, por otra parte, puede prevenirse.

Quienes no están convencidos, suelen usar como argumento la comparación de las tasas de mortalidad y morbilidad de aborto legal e ilegal; pero además de que en dichas comparaciones inevitablemente se cae en falacias estadísticas, recordemos que en la ciudad de Nueva York, con buenos recursos médicos sin lugar a dudas, hubo seis defunciones por aborto legal en los primeros tres y medio meses de su legalización. La tasa de mortalidad por aborto legal en ese país para el primer año (1971) fue de 5.3 por 100 000, coeficiente igual al que México tiene por cáncer cervicouterino, por ejemplo; y la de Inglaterra y Gales, también en su primer año de legalización, de 21 por

100 000, apenas ligeramente menor que el de mortalidad materna, que fue de 21 por 100 000 para ese mismo año.

Por otra parte, el índice de morbilidad inmediata por aborto legal, según autores de diversos países, varía entre 10 y 30 por ciento, llegando el método más inocuo utilizado, o sea la succión, a dar complicaciones inmediatas entre 6 y 20 por ciento. Estos datos provienen de países que, como los Estados Unidos de Norteamérica, Inglaterra y Australia, a la fecha todavía no han tenido una demanda excesiva; sin embargo, ya se les plantea una disyuntiva:

¿Se seguirá atendiendo la demanda en instituciones con buenos recursos médicos, pero con grandes listas de espera de personas que tardan para su atención algunas semanas, con lo que entonces se tiene que recurrir a métodos menos sencillos y que obviamente presentan una probabilidad mayor de complicaciones? O bien, ¿se abren más servicios elementales, donde sólo puedan ser inducidos abortos por la técnica de succión, pero que al no llenar todos los requisitos en cuanto a calidad de personal y de servicios médicos en sí, puedan tener un índice mayor de morbilidad inmediata? Y los médicos, ¿estarían en su mayoría dispuestos y anuentes a practicar abortos sin razones médicas?

Todo ello ilustra acerca de los problemas administrativos y de calidad de la atención que surgen en países con buena infraestructura médica, tanto cuantitativa como cualitativamente y con suficientes recursos económicos. No hace falta insistir sobre los problemas que se tendrían en un país en desarrollo, como México, no sólo en cuanto a estos últimos aspectos señalados, sino considerando asimismo los ya mencionados, de tipo sociocultural, de mayor trascendencia desde nuestro punto de vista.

En síntesis, debe considerarse que el aborto inducido es un problema que requiere atención y que la mejor acción para contrarrestarlo es de índole preventiva, es decir, la anticoncepción.

Sabemos que la sustitución de un método tradicional como el aborto por el de la práctica moderna de la anticoncepción es paulatina y que, además, ello llega a ocurrir siempre y cuando los programas de planificación familiar consideren amplias labores educativas, que logren realmente la modificación de las actitudes desfavorables de la población.

No puede negarse que la tarea es ardua y que además existen aún numerosas incógnitas, especialmente dentro del área psicosociocultural, que deben seguirse investigando para conseguir ese cambio de actitudes de la población. Es por ello que no dejaremos de insistir en la necesidad de profundizar en el estudio de la epidemiología del aborto inducido, a fin de fijar su real magnitud, localizar la población en mayor riesgo, y conocer las características esenciales del fenómeno en nuestro medio, incluyendo las psicosocioculturales mencionadas.

Asimismo han de seguirse investigando nuevos métodos anticonceptivos que resulten más accesibles a nuestro patrón cultural, sean más prácticos y menos onerosos.

Finalmente, hemos de meditar más detenidamente sobre la mujer que se induce abortos en nuestro país. Es, indudablemente, una persona que merece especial consideración, ya que, por una parte, la sociedad y sus costumbres le han facilitado ese camino para solucionar sus problemas. Además su ignorancia, que como bien dice el viejo proverbio persia, mutila y esclaviza, le ha impedido desafiar esa tradición y buscar por sí misma otros medios menos agresivos para lograr su objetivo. No olvidemos que la capacidad de prever es privilegio de instruidos.

Pero existe otro hecho más importante aún: que no es conveniente que sea la presión de la miseria la que obligue a la población a decidir sobre el número de hijos que procrea, sino que debe ser la convicción plena liberada de la pobreza e ignorancia, la que le guíe. Por ello seguiremos insistiendo en que elevar su nivel de vida es, en nuestro caso, la solución definitiva al problema del aborto inducido.

Por último, hemos de reflexionar en una serie de circunstancias en las que el estado grávido-puerperal debe ser evitado por el riesgo potencial que implica para la salud y la vida de la madre, tan solo con la observación de que se individualicen los casos y no se emplee para todos ellos una regla tajante. En todos, sin embargo, la planificación familiar viene en auxilio de numerosos riesgos de salud y de vida con su consecuente estabilidad humanitaria, social y familiar.

Es indudable que los procedimientos actuales para el estudio de la vida fetal (genéticos, bioquímicos, citológicos, ultrasonográficos, físicos y otros) han abierto el camino para conocer el mundo de la vida prenatal, con todas sus inferencias: principio, evolución y factores que inciden en ella o que la modifican, alteraciones de la salud, transitorias o permanentes, consecuencias de hechos que durante ella ocurren y que se manifiestan en forma inmediata o mediata, causas de la muerte y procedimientos para evitarla o propiciarla... Admitamos como una realidad, por otra parte, que este mundo nuevo del que aceleradamente nos estamos ocupando, la vida prenatal, es una etapa de la vida del ser humano. Si la vida fetal tiene su identidad, su principio y su fin; si el ser humano tiene durante su transcurso su propia morfología y fisiología sujetas a principios biológicos del todo semejantes a los que se aplican en las demás etapas de la vida del ser humano; si el sujeto de vida está expuesto a enfermedades y a riesgos ambientales que le son propios, pero cuyo enfoque científico es el mismo que se aplica en las demás etapas de la vida humana, ¿por qué establecer una tajante diferencia entre el valor de esa vida en esa etapa y el valor de la vida en las demás? ¿O no es el feto un ser humano vivo, con personalidad propia de carácter moral, social, bio-

lógico y legal, por el simple hecho de encontrarse en el claustro materno? ¿Su derecho a la vida y a la salud y al bienestar presente y futuro es diferente, cuando el resto de sus funciones son iguales a las del ser humano salido del organismo materno? ¿Es la dependencia de la madre lo que establece la diferencia? ¿Son las dimensiones de su organismo?

A la luz de nuestros conceptos sobre la vida humana no podemos aceptar esa diferencia y por ello nos resistimos a que su vida, su salud, su enfermedad y su muerte sean tasadas con otras varas de las que se emplean después de que ha salido del continente materno. Y que conste que en estas reflexiones no nos estamos colocando en el papel del moralista de espíritu estrecho, tradicionalista y cerrado. Nuestro enfoque es el de la razón natural, y más bien consideramos tradicionalista y retrógrado al menosprecio a la vida fetal que privó en épocas pasadas y que conocemos al través de la historia de la medicina y de la obstetricia.

Por ello consideramos acertada la pregunta que cada vez angustia más a la razón natural. ¿Cuándo empieza la vida humana? ¿En la concepción, en la nidación ovular, en la etapa de viabilidad que es tan ambigua o en el nacimiento que es tan concreto?

De la respuesta emanan los derechos que el feto tiene a que su vida sea respetada, cuando menos en igual grado que la del ya parido. Si los derechos, de acuerdo con Fletcher, son sólo fórmulas convencionales que la sociedad otorga a algunas necesidades humanas, que deben modificarse según lo hagan dichas necesidades, más convencional e inconsistente nos parece situar el inicio de la vida a las 20 o 28 semanas del embarazo. El respeto que debe merecernos la vida humana, según nuestro criterio, prevalece desde que existe un nuevo ser, a partir de la fecundación, y todo lo que se haga con él desde ese momento debe estar orientado a asegurar su bienestar, presente y futuro.

A esto podría invocarse que cuando el feto tiene un daño irreparable que lo convertiría, si naciera, en un ser infeliz y desventurado, lo mejor para él y para sus padres es extraerlo y con ello segarle la vida. Si éste es el punto de vista, formularíamos una pregunta, por más impactante que parezca: ¿por qué no se quita la vida a todos los que durante su vida postnatal son portadores de esas mismas taras: retrasados mentales, malformados, ciegos, sordomudos?

El problema se agudiza cuando el diagnóstico prenatal es dudoso o de probabilidad porcentual. ¿Vamos a quitar la vida a numerosos fetos sanos en nombre de que es posible que tengan alguna afectación? ¿Sería lícito en los casos de pronóstico incierto, cuando la alteración no es grave, cuando existe la posibilidad de algún tratamiento, o bien cuando el sexo fetal no es el deseado por los padres? En los casos en que el feto muestra un complemento cromosómico XYY asociado a cierta tendencia antisocial o criminal, se nos ocurre señalar

el aborto como una paradoja. Mientras en casi todo el mundo civilizado se ha abolido o se lucha por abolir la pena de muerte para criminales comprobados, ¿es creíble que los científicos discutan el sacrificio del feto por la posibilidad de conducta antisocial o criminal? Ciertamente sería mucho mejor proporcionar a estos casos, desde el nacimiento, recursos que combatieran esa tendencia. Esto mismo pensamos de los casos de errores innatos del metabolismo, para los que existen tratamientos dietéticos que, aplicados desde el nacimiento, tienen buenas probabilidades de evitar las expresiones de la enfermedad; y si la terapéutica fracasa, la conciencia médica quedará limpia, pues no se puede matar en nombre de la posibilidad del fracaso de la curación.

Finalmente, y para los casos de un feto femenino que es portador de una enfermedad grave ligada al cromosoma X, ¿es concebible que se le aborte por la posibilidad de que cuando llegue a la edad adulta se le deba enterar que tiene probabilidades de procrear un hijo gravemente enfermo? Ello equivaldría, según el concepto de inicio de la vida que hemos venido sosteniendo, a matar a una mujer por el hecho de que es posible que tenga un hijo enfermo. En todo caso cabría, si lo desea, esterilizarla para anular tal posibilidad.

Pensamos que para muchos de estos problemas el criterio preventivo es el que debe imponerse, evitando el embarazo en vez de tener que recurrir al aborto. Tanto más cuanto que el consejo genético y el diagnóstico prenatal, como ya fue puntualizado, ocurren cuando ya hubo antecedentes de posibilidades de enfermedad en los hijos que se procreen.

Estando todavía en discusión los parámetros sobre los que debe definirse el concepto "vida" (por ejemplo: calidad de la vida futura), no concordamos con que sea uno solo de ellos el que deba presidir toda nuestra doctrina y actuación médica. Si la "calidad de la vida futura" fuera la norma única, ¿por qué no se mata a tanto miserable e incurable que, ya parido deambula por el mundo?

Se requieren muchos más estudios interdisciplinarios para revisar conceptos y unificar criterios, en todos los casos en que los avances científicos vayan planteando la necesidad de reevaluar las normas éticas. Mientras la unificación no llegue, se da el caso actual de que cada quien puede actuar como quiere. Mientras esto ocurre, la única norma válida es actuar en función de principios de conciencia, por variables que sean, pero no en función de intereses ajenos a lo que cada quien piense que es el mejor servicio y el mayor beneficio, moral y material, para los seres humanos a quienes atiende.

Hemos expuesto un bosquejo de criterio acerca del problema, pero nunca condenaríamos a quienes aplican otros, si son el resultado de profundidad en la reflexión y de honesta buena fe en la conducta. Somos buscadores de la verdad y no jueces de la sana opinión.

IV. ESTERILIZACION POR METODOS QUIRURGICOS

CARLOS MACGREGOR *

La Organización Mundial de la Salud puntualiza: "Salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de una enfermedad o dolencia. El goce del máximo nivel alcanzable de salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano sin distinción de raza, religión, creencia política o condición económica o social".

La esterilización por métodos quirúrgicos ha constituido uno de los recursos más valiosos para evitar el embarazo, siempre que se considere que éste altera de manera fundamental los postulados de salud integral. Se indica la esterilización por razones de eugenesia, terapéuticos y para planificación familiar.

Por razones de eugenesia. En los casos de retraso mental grave se aplica este criterio desde hace varias décadas. De incorporación más reciente a este grupo son una serie de indicaciones fetales entre las que se cuentan los defectos congénitos por transmisión genética, que incluyen cardiopatías congénitas, malformaciones del sistema nervioso central, padecimientos recesivos ligados al sexo y otros. Un estricto rigorismo científico debe estar presente en el criterio médico para decidir la indicación de esterilización.

Por razones terapéuticas. Las indicaciones terapéuticas para la esterilización quirúrgica han sido motivo de grandes controversias y se han modificado con la evolución de la medicina y el mejor control de diversos padecimientos, así como con los cambios de criterio en el manejo de diversos problemas obstétricos. Es evidente que los casos deben ser individualizados.

Persisten como problemas médicos graves cuando se asocian al embarazo, la diabetes con daño vascular importante, las cardiopatías graves no compensadas, las nefropatías que cursan con hipertensión arterial, algunos padecimientos neurológicos y degenerativos. Entre los problemas obstétricos más comunes, la gran multiparidad y más recientemente la cesárea repetida, que no sólo por el riesgo de ruptura uterina, sino por lo que representa exponer a una mujer reiteradamente al conjunto de agresiones psíquicas y físicas de cada acto quirúrgico en cada nueva intervención, justifica la esterilización.

* Académico numerario. Director de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

Con propósito de planificación familiar. Siguiendo a los grupos de expertos de la OMS que para el fin se han reunido podemos formular la siguiente pregunta: ¿tiene derecho el hombre o la mujer a hacerse esterilizar por vasectomía o salpingectomía, u otra intervención quirúrgica, por motivos que no sean la protección de la salud?

Cuando se establecieron los programas de planificación familiar en algunos países de la América Latina hace cerca de 20 años y al inicio de 1972 en nuestro país, la esterilización por métodos quirúrgicos no estaba integrada a tales programas y contaba con muchos opositores. En la actualidad está integrada y ocupa un lugar prominente en relación con los métodos contraceptivos usados.

Para considerar legítima esta situación se puede tomar como punto de partida la Conferencia Internacional de Derechos Humanos en Teherán, 1968, en la que se afirma: "Los padres tienen el derecho humano fundamental a decidir libre y responsablemente el número y el momento del nacimiento de sus hijos". Desde luego, como primera observación se desprende que cualquier ley que imponga obligatoriamente la esterilización a cualquier persona es incompatible con la Proclamación de Teherán, pero en cambio permite afirmar que todo individuo, de uno u otro sexo, tiene derecho a someterse a una intervención que dé como resultado su esterilidad voluntaria, permanente, siempre y cuando se observen las siguientes condiciones de orden general postuladas por grupos de expertos:

Que la persona sea mayor de edad y acredite que se somete voluntariamente a la intervención.

Que conozca plenamente, por habérselas explicado quien esté capacitado para hacerlo, las consecuencias inmediatas y las posibles a largo plazo de la intervención solicitada.

Con base en estos preceptos generales, debe hacerse un cuidadoso análisis en cada caso de la indicación para esterilización motivada por condicionantes de tipo socioeconómico, que aunque aparentemente sea buscando el bienestar físico y mental de la pareja es preferible, dada la trascendencia de la decisión, que se tomen en cuenta condiciones especiales lo cual permite evitar problemas psicológicos ulteriores y salvaguardar el prestigio del método, que se pierde cuando se hace una mala selección o inclusive se ejerce presión disimulada ofreciendo a las mujeres la "oportunidad" de esterilización en el puerperio postparto o post-aborto, sin que medie una reflexión suficiente para la aceptación. Las condiciones especiales que postulan diversos países son las siguientes:

Edad mínima. Diferentes criterios o tipos de legislación la fijan en 18, 25 o 30 años. Pensamos que en términos generales el criterio de alrededor de los 30 años garantiza una decisión más madura de la pareja y disminuye

el número de casos en los que se desea recuperar la fertilidad.

Que transcurra un plazo reglamentario entre la fecha de formulación de la petición y la fecha de la intervención. Es inobjetable que la reflexión prudente y sin presiones debe dar buenos réditos en la solvencia de una decisión. De acuerdo con lo anterior resulta menos objetable la esterilización fuera de la gestación y legitima la técnica postparto o post-aborto sólo cuando la decisión está tomada con la debida anticipación.

Se requiere el consentimiento del consorte. Siempre que exista una pareja constituida como tal, es indiscutible que la determinación debe ser totalmente compartida.

Un número mínimo de hijos vivos. Nada más difícil de establecer, según se hagan intervenir aspectos humanos, intereses demográficos y otros factores. Sin embargo coincidimos plenamente con quienes establecen un mínimo de dos hijos vivos como término habitual para aceptar un procedimiento de esta naturaleza. Selección adecuada del miembro de la pareja que debe ser esterilizado. Factores fundamentales son: la actitud de aceptación hacia el procedimiento, el equilibrio emocional y los antecedentes de problemas obstétricos o quirúrgicos que ha tenido que soportar la esposa, en la toma de decisión para definir cuál de los cónyuges resulta el sujeto adecuado para la esterilización.

Si se establecen principios para normar el criterio basados en los puntos anteriores y se enfatiza el carácter irreversible de la intervención, se cubren satisfactoriamente aspectos éticos fundamentales. Es cierto que con las técnicas de microcirugía las probabilidades de reversibilidad de la fertilidad son dignas de tomarse en cuenta, pero pensamos que resulta más honesto todavía el planteamiento si no manejamos esta posibilidad futura.

Tratándose de una intervención que no se practica por razones de salud, la mortalidad debe ser de cero, lo cual se logrará si se observan los siguientes lineamientos:

Que la práctica de la intervención le sea permitida sólo a cirujanos calificados. No compartimos el criterio de quienes, tomando en cuenta argumentos demográficos, justifican que se autorice a personal técnico paramédico para realizar este tipo de cirugía, en virtud de que suponiendo que alcanzara un alto nivel técnico para realizarla, no estaría en condiciones de resolver alternativas que modifiquen o compliquen la técnica.

Que se practique en un medio adecuado, donde se cuente con todos los recursos. Es evidente que los recursos requeridos serán diferentes en función de que se trate de vasectomía o salpingoclasia y en este último caso,

también variarán de acuerdo con la vía de acceso y la técnica que en particular se seleccione.

Que se haga una buena selección de pacientes. Este punto se refiere tanto a observar los criterios establecidos anteriormente con base en requisitos, como en la realización de un examen médico integral, que discrimine lo mismo contraindicaciones orgánicas que psíquicas.

Por último, es importante que quede claro el concepto de que dentro de la planificación familiar debe darse preferencia a los métodos anticonceptivos temporales y sólo cuando por contraindicaciones, fracasos reiterados o rechazo franco no se les pueda usar, la esterilización quirúrgica representa un recurso de gran utilidad que está cubriendo la falta de métodos temporales adecuados.

V. INSEMINACION ARTIFICIAL

JUAN RODRÍGUEZ-ARGÜELLES *

Se acepta, en términos generales, que el hombre es responsable de la tercera parte de los casos de esterilidad conyugal, aunque no faltan estadísticas que elevan esta cifra hasta 40 o 50 por ciento.¹

Por otra parte, los tratamientos existentes para mejorar las características del semen en varones con este tipo de problemas son de un valor todavía muy limitado; por ello, la inseminación artificial representa, en ciertas circunstancias, el único recurso de que dispone una pareja para lograr un hijo propio.²

Se habla de inseminación homóloga cuando el procedimiento se efectúa usando semen del varón,

que es normal pero exhibe incapacidad para eyacular adecuadamente en la cavidad vaginal de la pareja. La inseminación puede ser heteróloga cuando el semen del hombre es anormal y se requiere esperma de otra persona que reúna las características necesarias para la consecución de un embarazo.

La información existente nos revela que la primera inseminación artificial homóloga exitosa fue realizada en el año 1799 en un caso de hipospadias, y la primera inseminación heteróloga, que culminó en un embarazo normal, tuvo lugar en 1884.³

La inseminación heteróloga tiene, a su vez, dos variantes: cuando se emplea el semen fresco o cuando se usa el semen congelado; esto es, cuando se recurre al sistema de bancos de semen.

Los resultados son diferentes según dos variables. Los éxitos obtenidos mediante la inseminación artificial con semen fresco son de alrededor de 75 por ciento cuando se efectúa el procedimiento una o dos veces al mes y durante un tiempo promedio de cuatro y medio meses. Pero si se emplea esperma de banco los porcentajes de éxito bajan a 52 o 60 por ciento cuando se recurre a los mismos dos intentos mensuales.

Indicaciones

La indicación fundamental de la inseminación artificial está constituida por el caso de una mujer joven, sana y fértil, casada o unida con un varón estéril; no obstante, las indicaciones del procedimiento se han extendido en los últimos tiempos para incluir otras circunstancias tales como la oligospermia, la trasmisión potencial o real de ciertos padecimientos genéticos, la incompatibilidad en el sistema Rh, el deseo de la mujer soltera por tener un hijo y algunas otras.^{1,3}

Para precisar un poco más, podemos desglosar las indicaciones para la inseminación homóloga de la siguiente manera:

1. Volumen escaso de eyaculado con densidad espermática normal.
2. Oligospermia, pero con presencia de zoospermas normales en morfología y motilidad.
3. Impotencia del esposo o eyaculación prematura retrógrada.
4. Anomalías genitales congénitas de la mujer o del hombre que impidan una penetración normal o que determinen una impregnación inadecuada del cuello uterino.

Las indicaciones de la inseminación heteróloga son:

1. Esterilidad masculina absoluta.
2. Errores genéticos del hombre ligados a problemas de reproducción.
3. Presencia en la mujer de aglutininas anti-esperma de la pareja.

* Académico numerario.

4. Incompatibilidad en el sistema sanguíneo Rh, con marido Rh positivo, homocigote, y antecedentes de uno o más fetos hidrópicos.

Resultados

Los mejores resultados se han obtenido entre el cuarto y el sexto mes de practicar la inseminación artificial, cuando se realiza un promedio de dos intentos cada mes, y se considera que 94 por ciento de los embarazos que se puedan lograr por este mecanismo, se alcanza al fin del doceavo mes, es decir, al año de llevar al cabo el procedimiento. De este momento en adelante las posibilidades de éxito descienden hasta 4 por ciento o menos.

De lo anterior se puede concluir que toda pareja debe entender que la inseminación artificial requiere intentarse durante un tiempo mínimo de seis meses; y que si no se obtiene éxito al cumplir un año, los esfuerzos posteriores resultan prácticamente inútiles.

Por supuesto que existen algunos reportes aislados en la literatura especializada que aconsejan o sugieren continuar las inseminaciones hasta durante cuatro o cinco años, en forma constante y refieren resultados alentadores.^{4,5}

Fácilmente se comprende la serie de factores que se encadenan en un procedimiento como éste, cuando se perpetúa durante tanto tiempo; donde no sólo el aspecto económico es importante, sino también otros, como disponibilidad de donadores de esperma debidamente estudiados y controlados, así como las múltiples situaciones emocionales y psicológicas que necesariamente se involucran.

También se comprende que el procedimiento requiere, como requisito fundamental, la determinación del momento ovulatorio con la mayor precisión posible, y esto, aun mediante estudios específicos como la determinación diaria de hormona luteinizante y algunas otras, no siempre es factible, cuando menos no lo es en un buen número de ciclos menstruales.

El factor cervical también debe ser bien conocido y revisado en forma periódica, pues representa un elemento decisivo, especialmente si el éxito no se obtiene en los primeros intentos de inseminación.

Recientemente se ha llegado a la conclusión general de que si al finalizar el sexto o el octavo mes los resultados de la inseminación son negativos, debe efectuarse un estudio laparoscópico, por la posibilidad de enfrentarse a una endometriosis pélvica o a procesos adherenciales no identificados durante los estudios iniciales de la pareja.³

Esta es, a grandes rasgos, la situación actual de la inseminación artificial, considerada como un recurso factible de poner en práctica en aquellas parejas en que el factor masculino representa una determinante absoluta del problema, y éstos son,

también a rasgos grandes, los aspectos sobresalientes en la mecánica del procedimiento mismo. Puede afirmarse que la inseminación artificial ha ganado una gran popularidad en los últimos años y ha logrado un lugar definido dentro del armamentario médico.⁶⁻⁸

Existen, sin embargo, algunas circunstancias que requieren todavía una mejor implementación: por ejemplo, los donadores deben estudiarse y controlarse mejor, y los métodos de conservación del semen precisan de una tecnología más acuciosa. Además de estos dos grandes rubros, quizá resulta más esencial la revisión y el análisis de los aspectos éticos, morales, sociales y legales involucrados en este procedimiento, siempre con espíritu solidario y tomando en cuenta los más elementales derechos de una pareja que aspira a integrar una familia y perpetuar sus raíces al través de una descendencia que sienta más directamente suya.

A la luz de ciertos enfoques, la inseminación artificial tiene o puede tener múltiples implicaciones legales y psicológicas, por lo que antes de efectuarla se hace obligatoria una discusión amplia con ambos cónyuges. Es preciso dedicar todo el tiempo necesario a fin de que las inquietudes e interrogantes de la pareja sean resueltos a su satisfacción completa puesto que es evidente que tanto la mujer como el hombre deben entender, sin lugar a dudas, todos los aspectos del procedimiento.

Algunos estudiosos de la materia,¹⁰ piensan que la inseminación heteróloga es irracional porque se opone a los prerequisites biológicos y sociales del apareamiento. Según ellos, las condiciones biológicas del matrimonio requieren que los hijos resulten de la contribución de los padres formales y, cuando el componente masculino está ausente, el hijo resulta ilegítimo. Se cuestionan acerca de la reacción del hombre si el niño concebido bajo estas circunstancias muestra alguna deficiencia o nace con una verdadera malformación. Afirman que el hijo puede llegar a saber la verdad y exigir el conocimiento de su padre auténtico.

En la mayor parte de los países no existe legislación o sólo se dispone de leyes parciales respecto a la inseminación artificial. Sin embargo casi universalmente se considera que el hijo nacido de una pareja unida por el casamiento es el heredero legal y el descendiente auténtico, aunque haya sido concebido mediante inseminación artificial; además, se piensa también que en tanto que la pareja practique relaciones sexuales durante la época de los intentos de inseminación artificial, existe la duda y la posibilidad de que el embarazo logrado sea natural y no necesariamente debido a la inseminación.

Resulta poco probable que en algún momento se emita una ley que convierta en bastardo al fruto del embarazo de una mujer legalmente casada y concebido mediante este proceso.

Aunque se han efectuado varios intentos para redefinir el adulterio, no es factible que los tribunales de justicia, o cualquier autoridad, consideren la inseminación artificial, que cubre todos los re-

quisitos antes mencionados, como un adulterio. Las parejas que solicitan el procedimiento no lo piensan así y nunca promueven un juicio legal.

Por otra parte, parecería absurdo legislar negativamente acerca de los auténticos sentimientos filogenéticos de la pareja o incluso de la mujer soltera.

De cualquier manera, para superar ciertos planteamientos legales, se ha sugerido que el semen del marido que no sea azoospermico, se mezcle con el del donador, o bien se instruya a la pareja para que tengan contacto sexual el día anterior o el posterior a la fecha en que se intentó la inseminación artificial.

Por lo general las personas que buscan este procedimiento como el recurso extremo, son de un nivel cultural alto y sólidos principios éticos y morales, que se oponen al divorcio y a las relaciones sexuales extramatrimoniales como medio, estas últimas, de solucionar su deseo de formar una familia. La frecuencia de divorcio entre parejas que se involucran en un programa de inseminación artificial es sorprendentemente baja, ya que no va más allá de 0.5 por ciento. Esto revela, entre otras cosas, la madurez de las personas que han solicitado el procedimiento.

Las opiniones religiosas se rigen principalmente por diferencias de criterio respecto a lo que constituye un adulterio.¹⁰ La iglesia protestante considera que adulterio equivale a relaciones sexuales extramatrimoniales, y por lo tanto, como la inseminación artificial no contraviene estándares morales, éticos o legales, no se considera contraria a las doctrinas eclesíásticas. Las ramas liberales de la iglesia judía no encuentran objeciones, la iglesia anglicana y la judía ortodoxa aprueban el procedimiento sólo bajo circunstancias especiales, que rabinica, en el último caso.

La iglesia católica romana sostiene que la reproducción de la raza humana debe llevarse al cabo en concordancia con las leyes naturales; por lo tanto, la relación sexual y el fenómeno biológico de la reproducción no pueden separarse. De tal manera que aunque la concepción pueda ocurrir sin relaciones extramatrimoniales, la inseminación se considera de naturaleza adúltera. No obstante, en casos de impotencia completa el casamiento puede anularse, ya que esta condición interfiere con la consumación del matrimonio.

Comentarios

Mucho se ha dicho en relación con los aspectos psicológicos, éticos y morales de la inseminación artificial y más aún en relación al tema de los derechos humanos, tanto que, a fuerza de oírlo, muchos no lo escuchan ya.

Nadie cuestiona en la actualidad la libertad y el derecho del ser humano para programar su familia. Tampoco se discute la aspiración legítima del hombre por perpetuarse, por trascender, al tra-

vés de uno o varios hijos, biológica o emocionalmente concebidos y vinculados estrechamente a su verdadera realización personal. Por tanto, pensamos que, una vez cubiertos los requisitos y cumplidas debidamente las normas que la ciencia, la técnica y la ética señalan, la inseminación artificial debe ofrecerse como apoyo para que se ejerza ese derecho y se cumpla esa aspiración, en la consecución de la cual el médico surge como elemento decisivo y fundamental.

Cabe considerar, ante situaciones que son motivo de discusión, que el ámbito de las acciones médicas constantemente nos recuerda que la finalidad última de la medicina es el bienestar del hombre. Que el profesional de la salud tiene la responsabilidad de aconsejar y educar no sólo a sus pacientes individuales, sino a toda la sociedad. Y que para cumplir con esta misión requiere el conocimiento actualizado y la aplicación de este conocimiento en el terreno concreto y práctico de la medicina.

Aunque las decisiones individuales para practicar el procedimiento que ahora comentamos se toman en privado, la validez de la inseminación artificial, como concepto, trasciende a toda la sociedad. Estamos de acuerdo en que las leyes por sí solas constituyen frecuentemente guías inadecuadas para la toma de decisiones, puesto que se conciben generalmente en sentido amplio para permitir márgenes suficientes de libertad para las acciones individuales, de lo que resulta que las consideraciones éticas ofrecen mejores opciones para juzgar y resolver los comportamientos humanos.

Las soluciones a la problemática planteada por la inseminación artificial deben buscarse no sólo en los avances de la tecnología médica en las leyes y normas de comportamiento social sino también en la definición del humanismo, la probidad y la escala de valores éticos de todos aquellos que participan en el procedimiento (cónyuges, médico, ayudantes, etc.).

La inseminación artificial presenta también problemas éticos o morales distintos de otras terapéuticas o acciones médicas. No sólo se trata de practicar el procedimiento con perfección, sino que se está involucrando la formación de un ser humano, lo que conlleva necesariamente, en una sociedad plural como la nuestra, divergencias de opinión o cuando menos falta de uniformidad en el pensamiento.

Frente al deseo de tener un hijo, una vez agotadas otras posibilidades y planteada la inseminación artificial, no se justifica que el médico actúe solamente como un técnico. Esta conducta sería equivalente al renunciamiento a la función, la responsabilidad y al papel trascendente del profesional de la medicina, ante sí mismo y ante la sociedad.

La esterilidad conyugal a menudo conduce a situaciones médicas, sociales y económicas que influyen negativamente en la salud de la pareja, de tal manera que la inseminación artificial puede ser una opción válida del tratamiento. No obstan-

te deben buscarse otras alternativas y será necesario ejercer otras acciones que contribuyan a la solución del problema global, tales como: educación a la sociedad para que sea más receptiva a estos procedimientos, orientación ante la posible paternidad, facilidades para obtener consejo genético preconcepcional, así como esfuerzos continuados para reunir, registrar y valorar tan objetivamente como sea posible, la experiencia acumulada respecto a la inseminación artificial y sus alternativas, en términos de sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales.

Para finalizar, quisiera señalar que la reproducción está íntimamente relacionada con los derechos humanos, desde cualquier ángulo que se la considere. La crisis que existe con relación a estos derechos está más bien dentro del hombre mismo que en el medio que lo rodea. Esta crisis es básicamente intelectual y en todas las situaciones de este tipo ha sido la fe en la solución lo que ha hecho posible que ésta se realice.

Recordemos que todos somos agentes responsables de la historia y nos compete a todos construir una civilización mejor. Desde el punto de vista médico y científico la humanidad ha contemplado épocas notables, pero pienso que la nuestra empuje a las anteriores. Somos iguales a lo que tenemos capacidad de comprender y al grado en que podemos atender los logros de la ciencia y de la técnica.

Es el poder de aplicar los avances para beneficio del género humano lo que nos ofrece la esperanza de un mundo mejor. Si éste llega, será por la contribución de todos, porque se ha encontrado el camino, no sólo en la curación de las mentes y de los cuerpos, sino también en el despertar moral con un auténtico respeto de los derechos del hombre.

REFERENCIAS

1. Beck, W. W.: *Artificial insemination and semen preservation*. Clin. Obstet. Gynec. 17:115, 1974.
2. Charny, C. W.: *Treatment of male infertility*. En: *Progress in infertility*. Behrman, S. J. y Kistner, W. E. (Eds.). Boston, Little, Brown & Co. 1968, p. 669.
3. Behrman, S. J.: *Artificial insemination*. Clin. Obstet. Gynec. 22:245, 1979.
4. Schoysman, R. y Schoysman Deboec, K. A.: *Results of donor insemination with frozen semen: sperm action*. Progr. Reprod. Biol. 1:252, 1976.
5. Zuckerman, V. I.; Rodríguez-Rigan, I. J.; Smith, K. D. y Steinberger, E.: *Frequency distribution of sperm count in fertile and infertile men*. Fertil. Steril. 28:1310, 1977.
6. Jackson, M. C. N. y Richardson, D. W.: *The use of fresh and frozen semen in human artificial insemination*. J. Biosoc. Sci. 9:251, 1977.
7. Steiman, R. P. y Taymor, L.: *Homologous artificial insemination and its role in the management of infertility*. Fertil. Steril. 28:2, 1977.
8. Tyler, E. T.: *The clinical use of frozen semen banks*. Fertil. Steril. 24:413, 1973.
9. Louros, N. C.: *Against heterologous insemination*. Internat. Surg. 58:190, 1973.
10. Williams, W.: *Sterility. The diagnostic survey of the infertile couple*. Williams, W. (Ed.). Springfield. 1964, p. 257.

VI. INVESTIGACION DE LA FUNCION INTRAUTERINA DURANTE LA GESTACION

SAMUEL KARCHMER *

El siglo actual es un siglo de inquietudes, un siglo de efervescencia que sólo puede desembocar en un predominio del tecnicismo o en una revolución conceptual que afirme al hombre como ser pensante. Por lo que respecta a la medicina, la posibilidad de elección resulta aún más drástica: el médico debe elegir entre disolver su personalidad en la fachada de una organización y convertirse en un resorte más dentro de un engranaje o aspirar, a lo más, a ser el operador de una complicadísima computadora, o luchar por conservar ese papel que desde los principios de la historia ha desempeñado: el de receptáculo y fuente de consuelo para los dolores de la humanidad.

Para ello no tiene más que una sola vía, la del humanismo, la de un humanismo que sea, a la vez que trascendente, racional y científico.

La motivación de la investigación fetal depende sencillamente de la clásica demanda médica de enfrentarse con las necesidades de su paciente. El perinatólogo maneja una población de pacientes con la mayor mortalidad que cualquier otro grupo humano, exceptuando a los seniles y embriones previables. En los Estados Unidos la tasa de mortalidad del periodo perinatal actual es de aproximadamente 2 por ciento, las tasas menores reportadas por ciertos países europeos muestran que la mortalidad norteamericana podría disminuirse con una mejor aplicación de los conocimientos actuales. Sin embargo la elevada mortalidad, a pesar de los mejores cuidados, pone de manifiesto que debe lograrse una comprensión más adecuada del feto y el neonato así como de los padecimientos que les aquejan.

La mortalidad elevada se conjuga con una seria morbilidad que genera deficiencias y secuelas de por vida en la población perinatal.

Aunque las necesidades médicas directas del paciente perinatal proveen justificaciones obvias para la investigación perinatal, pueden citarse todavía más razones. Un argumento es el reconoci-

* Académico numerario.

miento del interés de la sociedad por los intereses de salud para sus jóvenes, ya que a medida que crece la necesidad de control del crecimiento demográfico en todo el mundo, la sociedad y los padres tienen un gran interés porque cada niño viable nazca sano, con sus potencialidades plenas para permanecer sano con una vida productiva. Otra faceta de esta consideración la constituye el gran costo del cuidado directo de estos individuos y la pérdida de productividad por parte de los pacientes dañados perinatalmente, que representan una erogación a largo plazo.

La investigación fetal no sólo ha beneficiado a la medicina fetal y neonatal sino concomitantemente a otros campos basados en la investigación.

El crecimiento veloz y la diferenciación celular y tisular son características de la vida fetal y embrionaria. Los tejidos y órganos fetales son particularmente adecuados en el estudio de la genética del desarrollo e inmunidad de los trasplantes; es posible que un gran segmento del genoma se exprese únicamente durante la vida fetal involucrándose en la diferenciación temprana del individuo. En el campo de la terapia de trasplantes, la tolerancia relativa de los tejidos fetales sugiere que el motivo de los problemas de inmunología puedan resolverse por medio del estudio de los antígenos, la inmunidad y la tolerancia inmunológica fetales.

Estos dos aspectos de la necesidad de investigación en el feto humano, las exigencias del feto como paciente reconocido por el perinatólogo, los padres, y los sectores sociales de orientación infantil, aunados al impulso de exploración de diversas áreas de desconocimiento biológico que no se relacionan inmediatamente al paciente fetal, pero si forman parte de esta fascinante fase de desarrollo que todos hemos atravesado, apoyan a la investigación fetal y han sido reconocidos por múltiples sectores de la comunidad biológica de nuestra sociedad.

El diagnóstico y tratamiento de los padecimientos fetales se han unido con los esfuerzos de la medicina preventiva, que procura lograr y mantener un estado de salud óptimo al través de la vida fetal y el nacimiento.

De este modo, los intereses clásicos de la medicina en los campos de la salud y la enfermedad se han podido extender hasta la etapa fetal de la vida humana, por lo cual es natural que en este nuevo contexto se considere al feto como motivo de estudio en múltiples investigaciones iniciadas durante el embarazo y el trabajo de parto.

Actualmente se plantean dudas en todas las áreas de la fisiología y medio ambiente fetal buscando información directa e indirecta en torno al feto.

Durante el embarazo y parto existe otra área de investigación que se dirige primordialmente hacia la madre ya que el estado grávido puerperal cursa con múltiples cambios fisiológicos; por lo tanto, se requiere una terapéutica e investigación de los estados patológicos, ya sean relacionados o independientes del embarazo. Bajo estas circunstancias

el feto es un participante obligado en los estudios maternos.

La teratogenicidad imprevista de la talidomina, la búsqueda perinatólogica por el bienestar fetal y las nuevas posibilidades de obtener información útil del feto han modificado esta situación. Hoy en día cualquier manipulación de una mujer embarazada despierta incógnitas y preocupación por los efectos producidos sobre su feto, extendiéndose esta actitud incluso hasta la época neonatal, y aun después.

Nuestra ignorancia sobre el medio ambiente fetal óptimo y la imposibilidad de medir cambios que se suceden en él, o recopilar datos fetales, hacen que prácticamente cualquier intervención terapéutica en la mujer embarazada sea en realidad un experimento no controlado, sobre todo desde el punto de vista fetal. Una consideración simultánea de dos pacientes o sujetos de experimentación obviamente acarrea conflictos; el análisis de riesgo-beneficio, en el cual se decide si una investigación es legítima, generalmente resulta muy diferente para ambos sujetos. La manipulación experimental del feto requiere cooperación de la madre, incluyendo su transgresión corporal, con lo cual pueden surgir conflictos de interés. Ocasionalmente, la urgencia de las necesidades maternas o fetales interfiere con la recopilación planeada y controlada de información, entorpeciendo seriamente la validez científica del estudio. Cuando esto ocurre y se requieren fijar prioridades, el contraste entre un ser consciente y comunicativo como es la madre con otro que no lo es, hace que las decisiones puedan favorecerse arbitrariamente por influencia subconsciente.

La Organización Mundial de la Salud preparó un documento, a petición de la Asamblea General de las Naciones Unidas, que versaba sobre la protección de la persona humana y de su integridad física e intelectual ante los progresos de la biología, la medicina y la bioquímica (avances en genética, trasplantes de tejidos u órganos y técnicas médicas radicales), así como experimentos en seres humanos (fisiología, patología, psicología y ensayo de medicamentos). En este documento se intenta presentar los principios que se han expresado en diversos países y asociaciones médicas internacionales para proteger los derechos humanos cuando se les somete a programas de investigación clínica. Toda la información parece sugerir que se puede llegar a un acuerdo internacional sobre las reglas que gobiernan los experimentos en el hombre.

Sin embargo en otros aspectos (contracepción, esterilización, aborto artificial) predominan valores éticos, jurídicos, religiosos y sociales y los acuerdos internacionales se antojan más remotos.

Los escritos sobre problemas éticos en medicina son cada vez más numerosos, sobre todo en países donde la ética de las intervenciones biomédicas en seres humanos o en material de origen humano ha recibido el nombre de "bioética". Se puede afirmar que los adelantos en el conocimiento de los medios y las técnicas de lucha contra la en-

fermedad son inseparables de la experimentación en el hombre.

La Declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial, ha sido muy favorablemente acogida porque establece los principios éticos fundamentales a que se debe atener la investigación en seres humanos. La Declaración no se extiende a otros casos de intervenciones médico-quirúrgicas sin fines experimentales específicos, pero que también poseen aspectos éticos y sociales muy importantes. No es fácil definir los límites de lo que se puede aceptar en medicina como un experimento humano ya que cada enfermo es en sí un caso clínico; toda intervención médica o quirúrgica es, en cierto modo, experimental, y el médico debe estar dispuesto a cambiar o modificar el tratamiento de acuerdo a la respuesta específica del caso.

Es inminente la necesidad de que el médico conozca de dónde viene y se preocupe por saber a dónde va y a dónde podrá ir en el futuro, que comprenda que de las raíces históricas de su arte es de donde nace el fundamento de su actividad actual y toda base de su posible acción posterior, y que recuerde siempre que, antes aun de ser médico, es un ser humano y como tal tiene una responsabilidad respecto a sus semejantes. Responsabilidad ésta que sólo podrá ser realizada mediante una actuación, a la vez que ética, efectuada a un nivel técnico elevado y a un tiempo consciente de los valores del individuo al que se está tratando y de los que es posible a uno mismo poner en juego.

Uno de los escollos más difíciles de resolver en la investigación fetal o neonatal involucra la doctrina de consentimiento con información, agudizándose este problema en las áreas de investigación no terapéutica. En este caso, se trata del estudio que no pretende ofrecer un beneficio inmediato al sujeto, sino más bien expandir el conocimiento por medio del cual tendrán beneficio otros individuos en el futuro. Tradicionalmente, ha sido suficiente el consentimiento de los padres sobre su recién nacido, aunque raramente se pedía su parecer en relación al feto o se suponía que la opinión materna era suficiente. Actualmente existe un sector que propugna por la abolición total de estudios no terapéuticos en fetos y recién nacidos, en virtud de que es imposible que estos individuos inmaduros comprendan tal estudio y puedan dar su consentimiento.

El perinatólogo sostiene una posición contraria, ante el vacío de información sobre este punto.

La parte más importante de la investigación fetal humana se relaciona con los siguientes puntos, a saber: por una parte, hay orientación hacia la enfermedad con énfasis al diagnóstico y por otra, se busca la sobrevivencia cuyo propósito es auxiliar al feto durante el embarazo y procurar una situación libre de enfermedad durante el trabajo de parto.

Existen estudios diseñados primordialmente hacia la exploración de la fisiología fetal normal y la "conducta fetal" *in utero*. Sin embargo se ha

obtenido poca información detallada de la situación normal del feto humano. Los investigadores continúan su recolección de información proveniente de experimentos animales, en cuyo caso no hay restricción ante las técnicas invasivas. Este enfoque ha sido muy útil en el esclarecimiento de la situación humana, aunque es evidente que mucha información no puede transpolarse al hombre; no obstante estos modelos han servido al conocimiento de la fisiología cardiorrespiratoria, desarrollo *in utero*, bioquímica fetal, etc. El uso creciente de modelos animales en los últimos años parece ser la clave de una comprensión bioquímica y farmacológica relacionada directamente con el feto humano.

En 1975 el gobierno norteamericano inició una pesquisa bibliográfica extensa sobre investigación fetal humana. La documentación se dirigió primordialmente a la delimitación, enumeración y motivos de los tipos y áreas existentes basados en el uso de fetos humanos vivos y fetos muy inmaduros. Se identificaron las siguientes áreas, en orden de frecuencia: diagnóstico de sufrimiento fetal y patología fetal, desarrollo fetal *in utero*, farmacología fetal e investigación con el embrión humano previsible.

Hoy día la amniocentesis, ultrasonoecografía y el monitoreo electrocardiográfico fetal son técnicas para el diagnóstico de problemas fetales. Cada uno de estos métodos es útil en la evaluación del estado fetal; por otro lado, la amniocentesis permite el estudio del líquido amniótico, al través del cual se refleja el metabolismo fetal, así como múltiples aspectos del estado genético. Uno de los usos más destacados lo constituye la evaluación de la madurez fetal y por tanto de la viabilidad dependiente de la madurez pulmonar. Inicialmente sólo se lograban diagnosticar anomalías cromosómicas; actualmente se ha llegado a un número cada vez mayor de diagnósticos de trastornos bioquímicos y dismórficos. En ambas ramas se ha intensificado la medición de más componentes del líquido amniótico gracias a la creciente perfección de técnicas microanalíticas aplicadas a las escasas células fetales obtenibles.

La ultrasonoecografía se ha aceptado como un medio no invasivo de alta precisión para la evaluación del crecimiento fetal en cualquier momento del embarazo. Los procedimientos de escala gris y ultrasonido de tiempo real se han ampliado para la medición de detalles finos de estructuras anatómicas y fenómenos dinámicos del feto. La electrocardiografía fetal, muestreo de sangre capilar fetal, pruebas de esfuerzo y medición de estriol urinario son técnicas ampliamente utilizadas para detectar sufrimiento fetal agudo y crónico. A nivel de la investigación, la electroencefalografía fetal y la cuantificación de parámetros diferentes del equilibrio ácido-básico, se han agregado a la metodología clásica.

Se ha logrado muestrear la sangre fetal durante el segundo trimestre del embarazo ya sea por aspiración placentaria directa o conjuntamente con la fetoscopia intrauterina. La fetoscopia mo-

derna ofrece una nueva arma por medio de la cual puede observarse directamente al feto y la superficie coriónica placentaria. Esta posibilidad de visión fetal directa durante el embarazo con obtención de pequeños volúmenes sanguíneos sin agredir al feto, aumenta notablemente la precisión diagnóstica y el potencial terapéutico durante la vida fetal, estimulando también nuevas áreas de investigación. Se han diagnosticado la beta talasemia, anemia de células falciformes y displasia condroectodérmica, gracias al muestreo hematológico mediante la fetoscopia. El desarrollo de la investigación de la sangre fetal o microbiopsias dérmicas obtenidas por medio de la fetoscopia, deberán revelar información sobre padecimientos adquiridos como la desnutrición e inspección fetal, así como de los efectos de las intervenciones terapéuticas sobre el feto.

Estas inquietudes y preocupaciones dieron como resultado un metodoso examen de la investigación fetal por parte de comités gubernamentales británicos y norteamericanos. En 1972 se presentó un informe en la Gran Bretaña, elaborado por un grupo de asesores; dos años más tarde el Congreso norteamericano decretó la constitución de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y de la Conducta.

Se le encomendó el estudio de un gran número de preocupaciones bioéticas en torno a la investigación en sujetos humanos y la ley que estableció exigía estudios sobre la investigación con fetos humanos vivos cuyo propósito sería normar criterios ante el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos de Norteamérica.

En las últimas dos décadas se han aceptado dos códigos éticos en la experimentación médica. Se trata del Código de Ética de Nuremberg y la Declaración de Helsinki; ninguno de ellos se abocó explícitamente al área de investigación fetal o pediátrica. Sin embargo el Código de Nuremberg pide el consentimiento voluntario de toda persona legalmente capaz de dar su anuencia y la Declaración de Helsinki alude al consentimiento por un tercero con potestad de guardián en caso de tratarse de un sujeto legalmente incompetente. En 1972, el grupo asesor británico recomendó el siguiente código para la investigación fetal:

- 1) Sólo debe permitirse la investigación terapéutica en neonatos viables;
- 2) Se considera viable a un feto más allá de 20 semanas de gestación;
- 3) Deben requerirse sólo restricciones mínimas para el uso de fetos muertos o tejidos de fetos muertos;
- 4) El uso de un organismo íntegro no viable puede hacerse en casos regulados, siempre que no exceda de 300 g de peso;
- 5) Deberá evitarse todo procedimiento que pueda dañar al feto en el transcurso del embarazo.

En algunos países el gobierno federal es el regulador central de la investigación perinatal. La Secretaría de Salubridad y Bienestar mantiene la mayor parte de la investigación y ha delineado reglamentos que han de acatarse para cualquier propuesta de investigación. El primer estadio del proceso de revisión ocurre en el seno mismo de la organización, se examina la propuesta por un consejo revisor local (Institutional Review Board) cuya obligación es la de "salvaguardar los derechos y bienestar de los sujetos bajo riesgo" por medio de análisis de beneficio-riesgo, supervisión del proceso de consentimiento informado, y revisión periódica de la actividad de investigación.

En julio de 1975, la Comisión Nacional para Protección de Sujetos Humanos en los Estados Unidos de Norteamérica recomendó un amplio cambio en el proceso de revisión; esta anotación pedía el establecimiento de un organismo nacional de revisión que examinará metodosamente cualquier investigación. La mayor parte de las decisiones se solucionarán a nivel local, dejando sólo casos difíciles al organismo nacional; al mismo tiempo, acordó establecer dos Consejos Éticos Consultivos con función deliberadora sobre todas las solicitudes relacionadas con la fertilización humana *in vitro*.

La Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos claramente manifestó su preocupación por el feto en calidad de sujeto humano asentando que la investigación fetal es de valor significativo y podrá continuar bajo un control adecuado.

Con base en estas consideraciones existe la esperanza de que las necesidades del paciente fetal y la medicina perinatal no se ignorarán sino más bien serán favorecidas por una actitud médica y gubernamental oportuna y adecuada ya que afortunadamente vivimos en una época en la que, a diferentes velocidades según factores dependientes de cada medio y de cada país, parece estar en auge la investigación en el campo de las ciencias fundamentales y la medicina perinatal no escapa a esta verdad. El mundo intelectual lo ha comprendido y empieza a emplear en ello los recursos vitales que en esas ramas básicas fincan sus raíces los conocimientos auténticos, y que no obstante su aparente lejanía de los dominios de lo pragmático, el rendimiento que la investigación produce es superior al de la inversión directa en campos aplicativos, y que es en esos niveles donde puede lograrse la interrelación unitaria de conocimientos que contrarreste la dispersión que propician las especialidades.

Desde estos sitios han de promoverse los cambios positivos, medidas de eficaz saneamiento y aquí han de nacer los criterios que conformen las corrientes nuevas, se les adapte y se lleven al cabo.

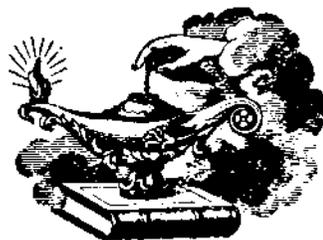
Nuestro país requiere seriamente la comprensión de quienes poseen los recursos para el cultivo de la investigación en todas las ciencias y muy particularmente en el campo de la medicina pe-

rinatal, ya que salvaguardan los intereses de nuestras futuras generaciones; para esto se requiere que los propios médicos estemos convencidos de estas verdades.

Podemos resumir diciendo que, en los albores de la medicina, los conocimientos médicos consistían en observaciones útiles para la conservación de la salud, mezcladas con pensamiento mágico. En la actualidad, el médico no se vale solamente de conocimientos de la esfera biológica, sino que su preparación incluye el conocimiento de un gran conjunto de ciencias de las que se auxilia para sus finalidades médicas. El grupo de las ciencias médicas evoluciona dentro del proceso de desarrollo de la sabiduría de la humanidad, y el intercambio recíproco ha sido uno de los factores que más han contribuido al desarrollo de la cultura. La medicina no tiene por qué seguir un camino diferente. Nada que tenga la suficiente validez científica puede quedar aparte de la medicina ya que, aunque dentro de las numerosas y variadas especialidades la ciencia significa un sistema integral, dentro del cual, cualquier deficiencia o prejuicio resulta pernicioso. El pensamiento médico es sólo una especialidad dentro del campo del pensamiento humano. Pongámonos alerta ante tales responsabilidades, produzcamos lo que el momento espera de nosotros, abramos nuestro corazón para extraer de él lo que haya de generosidad para ofrecerla a las generaciones futuras.

REFERENCIAS

1. Behrman, R. E. y Rosen, T. S.: *Report on viability and nonviability of the fetus. Appendix to research on the fetus by The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research.* U.S. Dept. Hlth., Educ. & Welf. Publ. No. 76 (OS). 1975, p. 128.
2. Capron, A. M.: *The law relating to experimentation with the fetus. Appendix to research on the fetus by The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research.* U.S. Dept. Hlth., Educ. & Welf. Publ. No. 76 (OS). 1975.
3. Chase, H. C.: *Perinatal mortality; overview and current trends.* Clin. Perinatal 1:3, 1974.
4. World Medical Association: *Declaration of Helsinki; Recommendations guiding doctors in clinical research.* 1964.
5. Fletcher, J.: *Ethical option in fetal research.* Clin. Res. 23:217, 1975.
6. Mahoney, M. J.: *Implications of restrictions on fetal research for biomedical advance.* Clin. Res. 23:229, 1975.
7. Mirkin, B. L.: *Impact of public policy on the development of drugs for pregnant women and children.* Clin. Res. 23:233, 1975.
8. *The Nuremberg Code of Ethics in Medical Research (1916-1949).* En: *Experimentation with human beings.* Katz, J. (Ed.). Nueva York, Russel Sage Foundation. 1972, p. 305.
9. Ryan, K. D.: *Report and recommendations: Research of the fetus.* The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. U.S. Dept. Hlth. Educ. & Welf. No. 76 (OS). 1975.
10. *The use of fetus and fetal material for research. Report of the Advisory Group chaired by Sir John Peel.* Londres, Her Majesty's Stat. Off. 1972.



... Y LA ACADEMIA RECUPERO LA PUNTUALIDAD

Corría el año de 1957 y la Academia era conducida con la dinámica juventud del presidente en turno, Bernardo Sepúlveda.

Las sesiones se efectuaban en el sitio tradicional, el salón del fondo en la planta baja del edificio de la calle de Venezuela, anexo al principal de la Escuela de Medicina, en la esquina con la calle de Brasil.

Se había anunciado el propósito de iniciar las sesiones puntualmente a la hora fijada en los citatorios, pues era ya costumbre esperar a que estuviera reunido un número adecuado de académicos y la reunión no pareciera 'desairada', para lo cual transcurría habitualmente más de media hora.

Aquella noche habían llegado con puntualidad el presidente, el secretario general y dos académicos de reciente ingreso, quienes atendían a la excitativa de puntualidad. Con sorpresa presenciaron que a las ocho en punto el presidente dijo: "Se abre la sesión". Se interrumpieron las charlas y en los rostros se advertía expectación; nadie acertaba con lo que sucedería, pues ninguno de los presentes era ponente esa noche.

Se leyó el acta de la sesión anterior y luego fue aprobada; el presidente anunció cual sería el primer trabajo que se leería y esperó...

El silencio fue absoluto en los minutos siguientes en cuyo lapso llegaron tal vez otros dos o tres académicos, pero ninguno de ellos el ponente, por lo que, ignorantes de lo que ocurría, ocupaban sus asientos sin chistar.

A las ocho y diez el presidente declaró: "En vista de no estar presente el ponente para dar lectura a su trabajo, se levanta la sesión."

Nos levantamos e iniciamos la salida, y cuando habíamos cruzado apenas la puerta, vimos la cara sonriente de nuestro amigo, el también joven ponente quien de pronto, desconcertado, preguntaba, ya desaparecida la sonrisa: "¿Qué pasó?" "Nada, se suspendió la sesión por ausencia del ponente", le dijo alguno de los circunstantes...

Una semana más tarde, cuando sonaron las ocho de la noche, en el salón había numerosos académicos y el presidente inició las actividades con la frase tradicional: "Se abre la sesión." Desde entonces todos los miércoles, a las ocho en punto, se oyen las mismas palabras. Así recuperó la Academia la puntualidad.

RUBÉN VASCONCELOS