

EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO Y LA DISEMINACIÓN DE LA MENTALIDAD ABORTISTA: ALGUNAS CONSIDERACIONES

Carlos Alberto Gómez Fajardo*

RESUMEN

El artículo pretende aportar al lector algunos elementos de reflexión sobre la realidad lógica, antropológica y ética que está inscrita en el uso del DIU (Dispositivo Intrauterino). Se sostiene que el uso del DIU no es ético; quien intente mantener coherencia entre sus convicciones personales y los hechos puede y debe acudir a la argumentación de la objeción de conciencia y abstenerse de aplicarlo y recomendarlo, pues se trata de una práctica que es sistemáticamente contraria al principio del respeto a la dignidad de la vida humana. El DIU es un agente abortivo que genera una reacción inflamatoria en el endometrio e impide la implantación normal del blastocisto. Se señalan algunos elementos de manipulación, con los cuales sectores de la literatura médica intentan desorientar a la opinión, minimizando el efecto abortivo generado realmente por la presencia del DIU.

PALABRAS CLAVE: DIU, planificación familiar, aborto.

ABSTRACT

Article provides ground to analyze ethical, anthropologic and logic reality around IUD (Intrauterine Device). Considered unethical, use of such method attempts to dignity of human life, and anyone pretending coherence between personal principles and actual facts, shall appeal to conscientious objection to ban its practice. IUD is an abortive agent, which produces inflammatory reaction on endometrium hindering normal embedding of blastocyst. Work describes some misleading facts found in medical literature geared to curtail abortive effect caused by presence of IUD.

Key words: IUD, family planning, abortion.

“Aceptar el hecho de que, tras la fertilización, un nuevo ser humano ha comenzado a existir no es una cuestión de gusto u opinión. La naturaleza humana del hombre, desde su concepción hasta su vejez, no es una disputa metafísica. Es una simple evidencia experimental”.

Jerome Lejeune

“El desarrollo humano se inicia cuando se fecunda un oocito”.

Texto de embriología de Moore

INTRODUCCIÓN

Existe una realidad de la práctica médica contemporánea: la prevalencia de los equívocos. Se actúa con frecuencia omitiendo consideraciones de gran envergadura filosófica y permitiendo la operación activa de elementos de confusión que obstaculizan el ejercicio lógico de la misma práctica médica. Paradójicamente,

* Ginecólogo, Hospital Pablo Tobón Uribe (Medellín, Colombia). Miembro del Centro Colombiano de Bioética, CECOLBE. Profesor de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana. Magistrado del Tribunal de Ética Médica de Antioquia.
E-mail: egomezfaj@geo.net.co



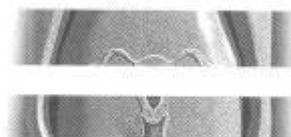
esto acontece en momentos en los cuales constantemente se argumenta a favor de una medicina “basada en la evidencia”. Pareciera que la opinión pública mundial se hubiera anestesiado a fuerza de un inveterado proceso de acostumbramiento, al no plantearse preguntas ante uno de los hechos más importantes en el capítulo de la planificación familiar: el de que el Dispositivo Intrauterino (DIU) es un método abortivo.

Con los conocimientos clásicos de la embriología, desde décadas atrás se ha descrito el proceso normal del desarrollo embrionario en la primera semana posterior a la fertilización: el óvulo fecundado comienza su proceso de segmentación, esto es, la división mitótica de células con el número diploide de cromosomas (23 pares), con la formación inicial de las blastómeras, la formación de la mórula y el subsiguiente desarrollo de la cavidad del blastocisto, estructura en la cual se ven los dos grupos celulares diferenciados: el “grupo celular interno” o polo embrionario, y el trofoblasto. Durante los seis días posteriores a la fecundación del oocito, ocurre el fenómeno de la migración del embrión, desde el sitio donde normalmente ha tenido lugar la fecundación, la unión del espermatozoide con el óvulo —en la región anular de la trompa de Falopio—, hasta la cavidad endometrial, hormonalmente preparada para la anidación. Los cambios secretores de la cavidad endometrial (grosor, vascularización) se deben a la acción de la progesterona, producto de la secuencia hormonal armónica del ciclo ovárico precedente. Esta secuencia de acontecimientos iniciales de la gestación normal ha sido descrita de modo exhaustivo en algunos de los textos clásicos de las disciplinas de la embriología y la fisiología (1, 2, 3).

La implantación del blastocisto, que debe ocurrir en la cavidad endometrial aproximadamente en el séptimo día postfertilización, es alterada por la presencia del DIU. Este objeto, un cuerpo extraño en contacto con el endometrio, genera allí una documentada reacción local de inflamación, hostil al proceso de la anidación normal del embrión. Las consecuencias e implicaciones antropológicas y éticas de esta realidad, hasta ahora, sin embargo, han sido casi sistemáticamente ignoradas, especialmente en las publicaciones de carácter “académico” en el área de la ginecología y obstetricia.

De hecho, se enseña (se adoctrina) sobre el uso del DIU en los diversos niveles de instrucción del personal de las áreas de la salud, omitiendo las realidades morales inscritas en las prácticas abortivas, como si no hubiese un problema ético allí, como si las posibles dificultades que entrañase el uso de estos artefactos ya hubieran sido superadas hace años. Es tan extremo este proceso de pérdida de la sensibilidad ante la realidad del problema ético del uso del DIU, que pareciera un anacronismo tocar el tema. Hacerlo puede, tácita o explícitamente, despertar en el ambiente expresiones de incomodidad, cuando no de rechazo y de simple descalificación, especialmente de los involucrados en su uso y diseminación a lo largo de décadas: los ginecólogos. Igual sucede con el mutismo con el cual se “afrenta” la situación desde tantos años atrás; es una violenta manifestación de no querer ver una dolorosa faceta de la realidad.

Quizás sea esto el resultado de la atmósfera de pragmatismo utilitarista que ha teñido fuertemente el accionar médico contemporáneo. Se trata de “entrenar”



al personal relacionado con las áreas de la salud en las diversas técnicas, pues, en una concepción positivista de lo que constituye la salud, quienes ejercen funciones en este campo solo se conciben como unos técnicos cuyo proceso de entrenamiento –más o menos sofisticado desde el punto de vista de las tecnologías de las que se valen– es el de un mero operario de una cadena productiva. Además, en ocasiones, el proceso de formación “pluralista y tolerante” recibido por estos mismos técnicos en su nivel universitario ha sido solo uno de adiestramiento, en el cual se han dejado de lado sus convicciones morales y al cual se ha impregnado de una supuesta “neutralidad moral”. A este respecto, cabrían las duras palabras del pensador colombiano Nicolás Gómez Dávila: “La tolerancia ilimitada no es más que una manera hipócrita de dimitir” (4). Son estas, consecuencias negativas de haber entendido erróneamente el proceso de la educación, como una mera transmisión de contenidos, desligada de las realidades filosóficas y éticas que están adheridas a determinadas maneras de actuar; el producto de un énfasis en la adquisición de rutinas y habilidades, en el “cómo hacer”, y el olvido simultáneo del “por qué” hacer. La coherencia entre estos dos aspectos debería inspirar el proceso educativo integral.

En la práctica clínica cotidiana se presentan estas situaciones de modo constante. Muy frecuentemente se dan en el capítulo que se ha denominado “planificación familiar”, tema inevitable para los estudiantes de medicina y de profesiones afines; tarde o temprano, el estudiante se encuentra ante la realidad de estas prácticas entre sus profesores y las instituciones en las cuales transcurren sus rotaciones, máxime cuando allí se atienden “volúmenes” de pacientes en programas de

atención materna e infantil; en instituciones sanitarias, privadas o estatales, en las que se ejecutan políticas preestablecidas en términos de antinatalidad, o en instituciones cuyo fin profesional es la disseminación de tales prácticas como parte de la atención ginecológica masiva.

Los Dispositivos Intrauterinos son de uso extendido en todo el mundo, especialmente en los países de menor nivel de desarrollo socioeconómico. Desde la década de los 60 su uso –existe gran diversidad de modelos– ha sido promocionado por las entidades encargadas del control de la natalidad y se ha presentado a las comunidades como “un método eficaz y sencillo” para el control natal. Se ha aplicado a millones de mujeres de todo el mundo, y promocionado en programas sanitarios oficiales, como parte de la política de agencias internacionales que inciden sobre las políticas gubernamentales y las de instituciones promotoras del descenso en las tasas de natalidad.

PERSISTEN LOS INTERROGANTES

Pese a todo lo anterior, persisten los interrogantes, de gran valor para el médico que intenta comprender la magnitud de las actuaciones en las cuales participa por su propia convicción o, simplemente, porque durante años ha sido parte de la compleja estructura logística que, de modo directo o indirecto, lo ha presionado e inducido a participar en esta mentalidad y en esta cruzada antinatalista. No se puede desvincular la realidad ética inscrita en el hecho concreto de la actuación profesional específica. De suerte que es apenas lógico el planteamiento de preguntas que se haga un clínico ante el mero riesgo de hallarse personalmente involucra-



do en una práctica que viola el principio del ejercicio médico propio de la tradición occidental, respetuosa por la vida, tal como está contenido en el milenario juramento hipocrático: “No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia. Igualmente, tampoco proporcionaré a mujer alguna un pesario abortivo. En pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte” (5).

EL DIU Y LA INFORMACIÓN SOBRE SU MECANISMO DE ACCIÓN: TONALIDADES, CERTEZAS, INCERTIDUMBRES

Poner en evidencia y destacar las contradicciones en el tema del DIU puede servir como una señal de alerta para quien se aproxime al tema. Esto es necesario, pues existe un efecto crónico de adormecimiento de las conciencias críticas, como si el tema careciera de importancia.

En un texto de medicina ampliamente promocionado y consultado, la rapidez con la que se pasa por el subtítulo “anticoncepción” ejemplifica esto; se trata de un libro de amplia influencia en el panorama de la educación médica en Colombia. Dice allí, en relación con el DIU: “(...) excelente método de planificación, tiene gran eficacia y su costo es reducido”. En cuanto a “Mecanismo de acción”, se toca en pocas palabras: “El DIU de P4 produce cambios a nivel de las glándulas endometriales, especialmente de sus receptores de P4, que hacen inadecuado el medio para la anidación”. Los otros comentarios bajo este rubro se refieren a alteración en la motilidad de los espermatozoides y a cambios en el moco cervical. En once renglones se da por agotado el tema del mecanismo de acción, sin mencio-

nar la palabra “aborto” en tan breve espacio. Tampoco se menciona esa palabra en las consideraciones sobre la “Anticoncepción postcoital”, escritas por el mismo autor (6). Hay que destacar que en la redacción se reconoce que la posibilidad de embarazos ectópicos es 10 veces mayor en mujeres que tienen DIU que en quienes no lo tienen, reconocimiento que se halla dentro de la lógica abortista de la alteración de la normal implantación del blastocisto producida por el aparato.

Similares características de redacción y contenido se hallan en un documento proveniente directamente de la Organización Mundial de la Salud, difundido mundialmente y dirigido al personal encargado de poner en marcha las actividades de anticoncepción. Se demuestra aquí cómo el “ocultamiento” de la importancia del punto del mecanismo de acción se prolonga desde las más altas instancias de las autoridades de salud en el mundo. Dicho efecto multiplica la previamente citada sensación de que no es algo pertinente o importante profundizar en estos aspectos (7): “Mecanismo de acción: (...) Hasta hace poco se pensaba que los DIU actúan principalmente a nivel uterino, impidiendo la implantación o destruyendo en el útero los embriones en desarrollo antes de la implantación. Sin embargo, en cierto número de estudios se ha demostrado científicamente que los DIU que contienen cobre actúan básicamente impidiendo la fecundación, reduciendo por una parte el número de espermatozoides que llegan a la trompa de Falopio y alterando por otra parte su motilidad”. (...) “Así pues, aunque no parece probable que su acción preventiva del embarazo se deba a un solo mecanismo, es evidente que los DIU actúan básicamente interfiriendo la fecundación y no la implantación. La prevención de la implantación, co-



mo consecuencia de las alteraciones bioquímicas e histológicas del endometrio, desempeña un papel secundario, especialmente en el caso de los DIU que contienen cobre o liberan progestógeno...". Se trata de un texto de 197 páginas, con una amplia distribución mundial, cuya página 7 contiene la totalidad de lo dedicado a "Mecanismo de acción".

Del mismo modo, rápido y equívoco, otro manual de amplia distribución, orientado hacia el personal clínico, da instrucciones sobre el "cómo hacer". Entre las 28 páginas dedicadas al DIU, en el espacio limitado a "Mecanismo de acción", se señala lo siguiente: "(...) la función de los DIU es principalmente impedir el encuentro del óvulo y el espermatozoide. Quizás el DIU dificulta que el espermatozoide se movilice a través del tracto reproductivo femenino y reduce la posibilidad de que el espermatozoide fertilice el óvulo. Posiblemente podría impedir la implantación del óvulo en la pared del útero". Este párrafo merece lectura bien cuidadosa, no solo por la omisión de la palabra "fecundado" al referirse al óvulo y su implantación en el endometrio, sino también, como se deriva de una segunda lectura del mismo, por la sutil confusión entre "la función de los DIU es principalmente..." y el subsiguiente "quizás", para terminar con el "posiblemente" de la frase final. Para los autores y editores de este documento, con lo anterior se da por entendido suficientemente el tema del mecanismo de acción; como de costumbre, se omite mencionar la palabra "aborto" (8).

ALGUNOS CONTRASTES

Por el contrario, en escasas fuentes bibliográficas comienzan a aparecer profundas y muy fundamentadas



críticas al uso del DIU, específicamente por lo concerniente a su mecanismo de acción y a la relación de esta realidad con el consentimiento informado. Tal es el caso de J. A. Spinnato (9, 10). Este autor escribe: "Las evidencias de los estudios sobre embarazo ectópico y los ensayos clínicos del DIU que identifican una desproporcionada inhibición de los embarazos intrauterinos respecto a los extrauterinos, conducen a la conclusión de que la inhibición de la implantación del huevo fertilizado constituye el mayor –y dominante– mecanismo de acción del DIU". "No existe evidencia satisfactoria para concluir que la inhibición de la fecundación (acción espermicida) sea el mecanismo de acción exclusivo del DIU. La confiabilidad de estas conclusiones es razonablemente alta, y son significativas sus ramificaciones sobre el consentimiento informado...". "Si la información al paciente en torno a la acción del DIU es deliberadamente errónea o sin fundamento, ocurre un engaño, una inducción al error carente de ética". "Está claro que no informar al paciente sobre el mecanismo de acción postfertilización del DIU es una falla en el consentimiento informado".

Contrasta con lo anterior la abundancia de publicaciones en las cuales se defiende todavía vehementemente el uso de este método. Se mencionan a continuación dos ejemplos, para ofrecer ante el lector crítico el modo como se presentan las informaciones relacionadas con el mecanismo de acción del DIU. Se deben considerar los silencios específicos, los énfasis en otros aspectos y, en ocasiones, las francas contradicciones y sofismas, con conclusiones erradas a partir de premisas equívocas, situaciones estas opuestas a lo contenido en el espíritu hipocrático que ha inspirado la actua-



ción del médico: “tekné iatrike”, actuar sabiendo por qué se hace lo que se hace, cuando, paradójicamente, como se señalaba al principio, se vive en la época de la “medicina basada en evidencias”, con las cuales se sustentaría una práctica médica segura y racional.

En un artículo típico de defensa del DIU se argumenta así: de modo simultáneo se afirma que el mecanismo de acción “no es conocido” y se niega que sea abortivo. Se explica que por tres potenciales mecanismos se prevendría la “fertilización”: 1. Inhibición de la migración y función de los espermatozoides. 2. Inhibición de la fertilización. 3. Impedimento de la implantación (11). En esta secuencia de premisas, de modo deliberadamente equívoco, se iguala la significación de los conceptos “fertilización” e “implantación”, del mismo modo que lo hace tácitamente la definición de “embarazo” introducida por la FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) y lúcidamente criticada por el autor español Gonzalo Herranz, del Departamento de Humanidades Biomédicas de la Universidad de Navarra, a cuyas reflexiones se hará referencia más amplia.

En el artículo citado, defendiendo el uso del DIU, se argumenta señalando las evidencias de la alteración de la motilidad de los espermatozoides recuperados en las trompas y la dificultad existente en recuperar óvulos fecundados en el endometrio (naturalmente, pues en la mayoría de los casos no podrían físicamente estar allí) y se afirman las evidencias de la reacción inflamatoria presente en el endometrio. También, a pesar de las extensas razones en su contra, por la presencia de problemas infecciosos (enfermedad inflamatoria pélvica y enfermedades de transmisión

sexual), recomiendan estos autores el uso del DIU en nulíparas (11).

Otro ejemplo de la manipulación conceptual y del pensamiento errático en relación con el DIU, presentes en la literatura, es el de los absurdos contenidos en el siguiente raciocinio, por lo menos confuso, debido a la fragilidad lógica que lo sustenta y en el cual, de paso, se descalifica a quienes presentan objeciones al uso del DIU como “algunos grupos de interés especial”. Se afirma que no se sabe por qué actúa y, sin embargo, simultáneamente, se dice lo siguiente (12): “No hay evidencia científica de que produzca abortos”. Impunemente, en la misma redacción, se afirma luego que el mecanismo de acción del DIU es alterar la motilidad y la capacidad fecundante del espermatozoide y, a la vez, se insiste en negar que sea abortivo, pues los autores acuden al concepto de la detección por medio de pruebas de laboratorio de la fracción Beta de la HCG como sinónimo de embarazo. Ante la pregunta “¿es abortivo?”, la respuesta es habilidosa: “Algunos sostienen que el principal mecanismo de acción del DIU es impedir la implantación del óvulo fecundado. Aun si esto fuera cierto, no ocurriría un aborto. Sin embargo, como algunos creen que el embarazo comienza con la fertilización, el tema es importante...”. Echan mano de referencias a la OMS para sostener que “ejercen su efecto interfiriendo en el proceso reproductivo antes de que el ‘ova’ alcance la cavidad uterina”. “Aunque no hay total comprensión de los mecanismos de acción, las evidencias científicas sugieren los principales mecanismos de acción... No hay evidencia científica para apoyar el efecto abortivo del DIU”. Se descarta la mera posibilidad de lo que afirman desconocer. Aparecen también en las citadas re-



ferencias críticas a "algunos grupos de interés especial", lo que no es otra cosa que una manifestación ideológica falaz para designar a los sectores de la opinión pública que guardan el respeto por la vida humana como una de sus premisas éticas y jurídicas fundamentales. Quizás este modo de presentar las ideas obedezca a una manifestación de lo que se ha denominado "pensamiento débil". Se expresan las ideas, pero, a fin de cuentas, es como si lo verdadero o falso a que estas hacen alusión, en últimas, no importase.

DESVINCULACIÓN DE LO ÉTICO DE LO TÉCNICO

Abundan, por desgracia, en el campo de la obstetricia y ginecología, los intentos de desvincular las realidades del "poder hacer" técnico de las implicaciones lógicas del correcto "deber hacer". Con un asombroso y al tiempo vertiginoso giro hacia la eugenesia, en los últimas décadas del siglo XX la obstetricia se ha querido convertir en un instrumento de muerte selectiva. Las publicaciones de la especialidad, en los terrenos del diagnóstico prenatal, la fertilización in vitro y transferencia embrionaria y la anticoncepción, contribuyen, de modo lento y sistemático, a la diseminación de una mentalidad eugenésica y abortista que no pareciera llamar la atención de las publicaciones oficiales de la especialidad. Dan de esto razón la asombrosa cantidad de referencias, sobre todo sajonas, a temas como los siguientes, en los que se evita sistemáticamente la interrogación sobre la cuestión del respeto debido a la vida de los seres humanos en las fases iniciales de su existencia: reducción fetal selectiva, diagnóstico prenatal de malformaciones congénitas (especialmente síndrome de Down y defectos abiertos del tubo neural),

diagnóstico preimplantatorio de blastómeras, tecnologías de reproducción asistida (FIVET y sus variantes), metodologías clínicas y quirúrgicas para inducción de aborto, RU 486, Píldora del Día Siguiente, anticoncepción "de emergencia", esterilización quirúrgica eugenésica o por solicitud de la paciente o de las autoridades (13, 14). Hay un olvido de la tradición hipocrática del respeto a la vida, también con olvido de la normatividad establecida por el Código de Nuremberg y del hecho histórico de que, al perderse la concepción hipocrática de la medicina, se sustituyen los valores del respeto a la vida por los que impongan las autoridades del momento, y una sistemática negación del hecho de la afirmación de la condición humana de la persona desde el inicio de su vida (15, 16).

Algunos autores, ampliamente promocionados como autoridades de la disciplina de la ética aplicada a la especialidad de la ginecología y la obstetricia, persisten en la negación de la condición humana del embrión humano. Para ellos, las obligaciones hacia el feto-paciente solo "aparecen" cuando la mayoría, por una especie de consenso, le asigne la condición de sujeto de derechos, dependiendo de lo avanzado de su desarrollo. Esta mentalidad aparece de modo repetido en referencias que tratan de hacer una justificación ética en lo pertinente a los feticidios selectivos, experimentación en embriones y abortos ejecutados por los practicantes de la especialidad. Uno de los autores más influyentes en este campo llega a sostener que el feto es persona y que adquiere estatuto de derechos solo cuando la madre decide otorgarle tal calidad, en una hipertrófica y fatal deformación de lo que constituye la autonomía (17, 18). Dentro de esta atmósfera, casi insensiblemente, el quehacer de la obstetricia se ha ido



reduciendo a una mera aplicación práctica de los conocimientos técnicos puestos al servicio de la muerte selectiva de los más débiles, dependiendo de los intereses utilitarios prevalecientes.

En diversos temas, incluido naturalmente el problema del mecanismo de acción del DIU, se evita la reflexión frontal y honesta acerca del significado de la vida humana en sus inicios. Se intenta “disolver” los interrogantes lógicos, éticos y humanos que han planteado los avances de un área de la medicina. Esta mentalidad queda expresada en una hipotética y sobreentendida “neutralidad moral” de la acción, como si el personal de la salud tuviera como objetivo la mera satisfacción de los deseos y demandas de sus clientes-usuarios. En una de las referencias anteriormente citadas aparecen estos párrafos ejemplares: “Cuando una mujer busca ayuda, asegúrese de que usted comprende lo que ella desea. Después de la consejería y discusión del problema, pregúntele directamente si desea continuar usando su DIU o prefiere que se lo retiren. Ayúdela a tomar una decisión por sí misma, sin presionarla...”. “Si usted no averigua y atiende a sus verdaderos deseos, puede que se diga que usted la forzó a continuar usando el DIU o que usted se rehusó a quitárselo. Para evitar tales rumores, averigüe lo que la clienta prefiere y haga lo que ella desea” (8).

UN COMENTARIO ESPECIAL

Es pertinente intentar una aproximación lógica al equívoco que ha impuesto la FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) en el punto de la definición del término “embarazo”. Al consultar este aspecto en la página web de esa entidad (19), se

halla esto, bajo el subtítulo “Definición de embarazo”: “La reproducción humana es un proceso que comprende la producción de gametos masculinos y femeninos y su unión durante la fertilización. El embarazo es la parte del proceso que comprende la implantación del ‘conceptus’ en el seno de una mujer, y que termina con el nacimiento de un bebé o un aborto”.

Se debe observar que la primera frase contiene un alcance demasiado general (el proceso que comprende la producción de los gametos, naturalmente, hace parte de la fisiología normal, antes de que tenga lugar la realidad física del embarazo) y demasiado específico a la vez (“el embarazo es la parte del proceso”), lo que no corresponde al subtítulo, pues de lo que se trata es de la definición del hecho del “embarazo”. La segunda frase es francamente equívoca y sesgada: se hace tácita omisión allí de la realidad ontológica de las primeras fases de la división celular, de la realidad biológica del embrión. Quizás esta definición encuentre apoyo en la deliberada invención de la comisión Warnock, que acuñó el término “preembrión” para que las legislaciones europeas “solucionaran” el problema del estatuto jurídico del embrión negándosele y, de paso, dando vía libre a los intereses de la industria de las tecnologías de manipulación del proceso reproductivo (tecnologías de fertilización in vitro y transferencia embrionaria, con todas sus variantes: diagnóstico genético preimplantatorio, manipulación embrionaria, clonación, etc.). Así, con esta “invención”, las técnicas de reproducción asistida adquirieron una “legitimidad” político-jurídica (20, 21).

Al profundizar en esto, es preciso llamar la atención sobre el punto destacado por el citado Gonzalo He-



rrenz, quien ha criticado los equívocos introducidos por la FIGO, de modo lógico y valeroso. Con claridad, llama la atención sobre una realidad que no obedece meramente a un cambio de léxico: el equívoco de identificar la implantación con la concepción es una brutal imposición de características ideológicas, que pretende, por medio de lo que acertadamente denomina una "tortura del lenguaje", negar una realidad conocida por la tradición de los conocimientos médicos y embriológicos: la concepción ocurre con la fecundación, que es la unión de los dos gametos, espermatozoide y óvulo. En ese instante crucial acontece lo que de modo luminoso ha defendido el genetista francés Jerome Lejeune (1926-1994), citado en el epígrafe y a continuación: "¿Cuándo comienza a existir un ser humano? Trataré de dar la respuesta más precisa a esta cuestión de acuerdo con los conocimientos científicos actuales. La biología moderna nos enseña que los progenitores están unidos a su prole por un eslabón material continuo, de modo que de la fertilización de una célula femenina (óvulo) por la célula masculina (el espermatozoide) surgirá un nuevo miembro de la especie. La vida tiene una historia muy, muy larga, pero cada individuo tiene un comienzo muy preciso, el momento de su concepción. El eslabón material es el filamento molecular de DNA" (22).

Respecto a la declaración consignada en la página web de la FIGO, el cuadro del equívoco viene a completarse con una precedente aclaración –de un tenor fuertemente jurídico–, en la que se evita la posición "oficial" de la entidad y se afirma que solo se aspira a proveer material para la "consideración y debate". De nuevo, una vía de entrada a una rueda sin fin de relativismo (¿pensamiento débil?), mediante la cual, con el plan-

teamiento iterativo de interrogantes, se esquivo la consideración de la verdad. Se trata de llegar a una situación en la cual se abren las puertas para que cada quien defina, según sus particulares intereses, qué es lo que le parece un "embarazo". Una particular, pero no por ello menos absurda y baja manera de evadir responsabilidades. La FIGO ha actuado aquí como si no existiera una verdad objetiva, negando lo que la humanidad ha sabido desde siempre. Acontece que quienes vienen, de modo específico, a introducir la confusión son quizás los individuos dotados con mayor capacidad de sustentación de tipo biológico y lógico, para conocer la realidad ontológica del embrión humano, por su formación, como médicos, como especialistas, y por su lectura de los textos básicos y clásicos de la embriología. Herranz dice certeramente: "Unos hicieron caso. Otros nos negamos a dejarnos engañar". Para una reflexión bioética acerca de estos temas, tiene un enorme valor su consideración acerca de lo que este autor ha llamado un "silencio selectivo intraprofesional" ante el asunto culminante de la definición del embarazo. Son las consecuencias funestas de las ambigüedades introducidas por la comisión Warnock. La extensa y crítica producción de Herranz puede consultarse en la www (23).

OTROS PROBLEMAS CAUSADOS POR EL DIU

Con el objeto de presentar al lector un panorama más completo de las realidades existentes en torno al uso del DIU como método de "planificación familiar", es pertinente mencionar otra cuestión reconocida en la literatura médica. Ocurre que el DIU no solo es deletéreo por su modo de actuar como un agente abortivo. Una gran cantidad de referencias de diversas fuentes



señalan los múltiples problemas para la salud que este instrumento ha generado en las pacientes-usuarias a quienes se les aplica. Por conclusiones de estudios de metaanálisis se ha llegado a afirmar: "Existe asociación consistente y positiva entre el uso del Dispositivo Intrauterino y la Enfermedad Inflamatoria Pélvica, tanto en su forma sintomática o como asintomática" (24). Hay abundantes referencias acerca de la presentación de cuadros clínicos de infección severa en los órganos pélvicos; actinomycosis aneural, abscesos, trayectos fistulosos múltiples con colonias de *Actinomyces*, con sus característicos "gránulos de azufre", asociados a diversos tipos de DIU. Se ha encontrado que el microorganismo se aísla con mayor frecuencia en usuarias de DIU. También son frecuentes las metrorragias, el dolor pélvico y molestias diversas, originadas por la inserción del dispositivo, lo que en ocasiones determina la necesidad de retirarlo. No son raros los casos de expulsión o de migración hacia otros sitios de la cavidad pélvica. Las metrorragias, episodios de dolor pélvico, y dispareunia son motivos de consulta frecuentes de aquellas a quienes se les ha insertado el DIU, reconocido por las pacientes y por los propios médicos que realizan masivamente la práctica. Igualmente, existen conocidas complicaciones relacionadas con el proceso de la implantación, como la anteriormente citada elevada frecuencia de presentación de embarazos ectópicos e infertilidad asociadas a su uso (25).

Emerge aquí la realidad de la iatrogenia en un aspecto de la práctica médica. Con el objeto de dar cumplimiento a la solicitud del usuario-cliente y por la errónea acción del médico como si se tratase de un neutral proveedor de solicitudes y servicios, comienza a tener lugar un problema adicional: aparece la enfer-

medad como resultado de la intervención. Es exactamente la contravía de la aspiración hipocrática: no haré daño, "Primum non nocere". Paradojas de una medicina que se ha intentado reducir a la satisfacción de los deseos de los consumidores. No deja de tener validez considerar estas observaciones de carácter antropológico y lógico sobre lo que constituye la información en medicina, y los procesos de entrenamiento de los "agentes sanitarios".

TESIS

Con las consideraciones anteriores sobre el DIU, se propone la siguiente tesis: no se debe usar. Se debe excluir de la práctica médica de quienes compartan la convicción de que la vida humana es un bien sobre el cual ningún humano tiene capacidad de dominio y, también, de la práctica de aquellos quienes defienden el derecho que asiste al paciente, de su cabal conocimiento de la totalidad de las realidades éticas inscritas en una determinada aplicación de la tecnociencia. Si se defiende un adecuado consentimiento informado, no es posible ni tiene coherencia el ejercicio de una práctica médica cuyo fundamento para la acción se halle en el ocultamiento selectivo de hechos conocidos. El engaño, la modificación parcial de los datos que se proporcionan a quien desea conocer lo que hace, la obstrucción de la capacidad de conocer del paciente, son acciones que van en detrimento del ejercicio de la libertad y de la verdadera autonomía.

Este acúmulo de elementos de confusión ha generado un campo propicio para una diseminación de una mentalidad abortista, en la cual prevalece una "minimización" o banalización de las realidades éticas. Co-



mo consecuencia de esto, el valor que merece todo el cuidado y todo el respeto de parte del médico y de quienes lo asisten, el valor de la vida humana en sus momentos iniciales, resulta ser uno de los más frágiles de todos. Ha sido sistemáticamente violentado durante décadas, ante el silencio de buena parte de los sectores académicos de la especialidad de la ginecología y la obstetricia, silencio que ha contribuido a este proceso de "des-sensibilización" de la opinión pública ante el problema real de la mentalidad abortista diseminada. Existen, además, y han sido señalados claramente, procesos organizados de diseminación publicitaria de una mentalidad antinatalista, impulsados por poderosas entidades de carácter global. De ellas se derivan ingentes cantidades de recursos para estos efectos y, en ocasiones, se determinan políticas económicas de la mayor trascendencia para el mundo (26).

Análisis exhaustivo merecerían otras consideraciones acerca del DIU. Hay toda una tradición acerca de las de orden antropológico referidas al ejercicio de la sexualidad en condiciones de auténtica dignidad y promoción del valor de las personas. La reducción utilitarista y materialista de la sexualidad desligada de la reproducción hace parte de la mentalidad hedonista propia de una sociedad sometida a un proceso sistemático de erosiones profundas en la constitución de su núcleo fundamental: la vida familiar (22).

CONCLUSIÓN

No se debe usar el DIU como método de planificación familiar en ninguna circunstancia. Ante la mera probabilidad de que la irritación local que causa en el endometrio induzca un ambiente desfavorable para la

implantación del blastocisto, usarlo se podría asimilar a la situación de quien dispara un arma de fuego antes de verificar "quien está tras el arbusto". Esta actuación no se compadece con la tradición intelectual de Occidente: la medicina es un "tekne iatrike", un "saber hacer" fundado en un "¿por qué se hace lo que se hace?". Al menos, a esa aspiración humana tiende la llamada "mentalidad científica". Bastaría el solo reconocimiento bibliográfico de que su mil veces difundido "mecanismo de acción" ha sido en realidad sometido a debate y a escrutinio lógico, pues se trata de un asunto de la mayor envergadura: se trata, nada menos, de que existen sombras acerca de un artificio con el cual se han suprimido, por décadas, silenciosamente, las vidas de millones de seres humanos.

Como consideración adicional, de menor envergadura que la anterior, persiste el hecho cierto de que es lógicamente imposible la elaboración de un consentimiento informado para un paciente sobre algo en lo cual aún no existe claridad. Tampoco puede consentir el médico en la reducción de su propia persona a la de instrumento de uso, instrumento de deseos de terceras personas. Existe una brutalidad intrínseca al alegato de la "neutralidad moral" del acto médico. Argumentar de ese modo es lo que ocurrió en los años precedentes a lo que la humanidad hizo patente con el juicio de Nuremberg (27).

También es pertinente considerar que la aparición actual de la iatrogenia hace surgir graves cuestionamientos en torno a lo que constituyen los propios fines de una medicina que alcanza en la fecha asombrosos vértices de desarrollo tecnológico. No es parte del "ethos" de la medicina racional generar males o convertir a las personas sanas en enfermas.



Merecerían análisis adicionales hechos como el de la reducción del papel del médico como dispensador de los deseos de los "clientes", o de las políticas establecidas por normas oficiales. Es también el médico un educador y un sujeto que, en su propia existencia, puede encarnar valores como el del respeto por la dignidad de la vida humana, propio de una tradición antropológica hipocrática. No existe la neutralidad moral en el acto médico. Tampoco puede ser el personal de la salud reducido a la condición de cómplice y ejecutor de políticas estatales que violan la integridad de sus creencias, pues es en primer lugar un ciudadano, un ser humano, un miembro activo de la especie humana. Puede y debe defender la original inspiración de su vocación profesional al servicio del bien de sus semejantes, otros seres humanos. Es el valor fundamental la propia existencia de quienes inician, aún sin saberlo, su trayectoria biográfica, en los primeros días y semanas después de su concepción. En los períodos de la máxima fragilidad existencial es en los cuales, precisamente, los argumentos de la medicina y del saber científico de la cultura se orientan hacia su promoción y protección.

Para concluir, citamos estas palabras de Ramón Lucas Lucas (28): "(...) el derecho a la vida y su inviolabilidad absoluta es el primero y principal de cada hombre, independientemente de sus creencias religiosas o de su situación; él lo posee por el hecho mismo de ser hombre, individuo de la especie humana, y como tal debe ser respetado. En este sentido, no se trata de imponer a ninguno el respeto de la vida humana sobre la base de una moral confesional. El rechazo de las manipulaciones y de las violaciones contra la vida, así como su defensa, se fundan sobre la naturaleza misma de las cosas y sobre la experiencia humana...". El mismo au-

tor, dentro de una lógica auténticamente humana, recuerda: "La finalidad natural, primaria y principal de la medicina y del progreso técnico-científico es la defensa y la protección de la vida, no su manipulación o eliminación".

REFERENCIAS

1. Moore, Keith L.; Persaud, T. V. N. *Embriología clínica*, 6ª. ed., México, McGraw-Hill Interamericana, 1999, cap. 2, "Inicio del desarrollo humano. Primera semana".
2. Meyer, Philippe. *Fisiología humana*, Barcelona, Salvat S.A., 1985, cap. VI, "Reproducción".
3. Guyton, Arthur C.; Hall, John E. *Tratado de Fisiología Médica*, 10ª. ed., México, McGraw-Hill Interamericana, 2001, cap. 82, "Embarazo y lactancia".
4. Gómez Dávila, Nicolás. *Escolios a un texto implícito*, selección, Bogotá, Villegas Editores, 2001.
5. Córdoba Palacio, Ramón. "Juramento hipocrático", en *Bioética Fundamental*, tomo II, Medellín, Editorial Universidad Pontificia Bolivariana, 2000.
6. Botero, J.; Jubiz, A.; Henao, G. *Obstetricia y ginecología, texto integrado*, 6ª. ed., Medellín, 2000, cap. "Anticoncepción", Castañeda, A., p. 382.
7. *Dispositivos intrauterinos* (directrices técnicas y de gestión para servicios asistenciales). Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1998.
8. *Lo esencial de la tecnología anticonceptiva* (manual para el personal clínico). Programa de Información en Población de Johns Hopkins, 1999.
9. Spinnato, J. A. "Mechanism of action of intrauterine contraceptive devices and its relation to informed consent", *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 176: 503-506, March, 1997.
10. Gómez, C. *Se va corriendo el espeso velo*, Boletín No. 21, febrero 15 de 1998, Asociación Antioqueña de Obstetricia y Ginecología (Asagio).
11. Dardano, K.; Burkman, R. "The intrauterine contraceptive device: an often forgotten and maligned method of contraception", *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 181: 1-5, 1999.
12. Rivera, R; Jacobson, I.; Grimes, D. "The mechanism of action of contraceptives and intrauterine devices", *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 181: 1263-9, 1999.

13. Evans, M.; Goldberg, J.; Horenstein, J., et al. "Selective termination for structural, chromosomal and mendelian anomalies. International experience", *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 181: 893-7, 1999.
14. Forrester, M. B.; Merz, R. D.; Ion, P. W. "Impact on prenatal diagnosis and elective termination on the prevalence of selected birth defects in Hawaii", *Am. J. Epidemiol.*, 148 (12): 1206-11, Dec. 15, 1998.
15. Gómez, C. "Sí es abortivo" (Carta al Editor), *Rev. Col. Obstet. Ginecol.*, vol. 52, No. 3: 297, 2001.
16. Gómez, C. "¿Cuál es la dirección de la curva? Observaciones sobre algunas aplicaciones tecnológicas en la medicina materno-fetal", *Medicina y Ética*, vol. XII, No. 1: 97-114, enero-marzo, 2001.
17. Chervenak, F.; McCullough, L. "Does obstetric ethics have any role in the obstetrician's response to the abortion controversy?", *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 163: 1425-9, 1990.
18. Chervenak, F.; McCullough, L. "A comprehensive ethical framework for fetal research and its application to fetal surgery for spina bifida", *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 187: 10-4, 2002.
19. www.figo.org
20. Gómez, C. *Algunas contradicciones del informe "Warnock"*, Medellín, El Mundo, 18-09-2001.
21. Sutton, A. "A diez años del informe Warnock: ¿Es el recién concebido una persona?", *Medicina y Ética*, 2: 206-223, 1997.
22. *Manual de educación sexual para la vida y el amor*, Bogotá, Procodes, 1998.
23. <http://www.unav.es/humbiomedicas/pubgherranz.html#A2> Herranz, Gonzalo. *Cambio de léxico e ideología: concepción y embarazo*.
24. Garen, I. F.; Greenland, S.; Morgenstern, H. "Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: meta-analysis of published studies, 1974-1990", *Epidemiology*, 121 (5): 589-97, September, 2000.
25. Bedoya V.; Miranda F. "Actinomicosis anexial. Asociación con dispositivos intrauterinos", *Medicina UPB*, vol. III, No. 2: 101-107, septiembre, 1984.
26. Rentería Rodríguez, M. "Bioética y políticas de población", *Persona y Bioética*, No. 15: 70-78, enero-abril, 2002.
27. Gómez, C. "Desde Nuremberg hasta los modernos códigos de ética médica" (un comentario sobre las relaciones entre la Bioética y la Historia), *Medicina UPB*, 18 (2): 111-118, octubre, 1999.
28. Lucas-Lucas, Ramón. "Antropología y problemas bioéticos", *Estudios y Ensayos BAC*, Madrid, 2001.

