

# DE LOS ORÍGENES DE LA CONTRACEPCIÓN A LA *HUMANAE VITAE*: ALGUNOS EPISODIOS SILENCIADOS

Autor: Gonzalo Herranz, Universidad de Navarra. Email: gherranz@unav.es

## Capítulo VIII (I)

### Protagonistas en la sombra: Edward C. Hughes y Raymond Holden

Revisaremos en los dos próximos capítulos las figuras de cuatro médicos y científicos que tuvieron un singular papel en el desarrollo de los acontecimientos relacionados con la aceptación de la contracepción. En primer lugar, trataré de Edward C. Hughes. Su figura está ligada al papel que desempeñó en el cambio de la terminología obstétrico-ginecológica, una modificación que tuvo importantes consecuencias en la aceptación social y profesional de la contracepción y el aborto.

En segundo lugar, nos referiremos al Presidente del Comité de Reproducción Humana de la Asociación Médica Americana: Raymond Holden. El nuevo Comité se propuso como objetivo principal redactar y distribuir entre los miembros de la AMA una publicación que pusiera al día los métodos de control de la fertilidad entonces en uso.

#### 1. Edward C. Hughes y la terminología obstétrico-ginecológica

La carrera académica de Hughes, iniciada en 1928, transcurrió en su totalidad en la Universidad de Syracuse (convertida más tarde en la Upstate Medical University), de la que llegó a ser, en 1944, Profesor de Obstetricia, y, en 1961, Profesor de Obstetricia y Ginecología. Su actividad más saliente se desarrolló, sin embargo, no en el mundo académico, sino en el campo de las asociaciones profesionales. Fue uno de los creadores en 1951 de la American Academy of Obstetrics and Gynecology, que poco después pasó a denominarse American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Presidió el ACOG en el periodo 1962-1963, y, a partir de 1965, fue presidente de su Comité de Terminología<sup>1</sup>.

#### Hughes y su interés en la terminología obstétrico-ginecológica

Está fuera de duda que los cambios terminológicos patrocinados por Hughes, básicamente las nuevas definiciones de concepción y gestación, han tenido un impacto ético notable en la mente y en la conducta de muchos médicos y de

gran parte del público. Parece claro, sin embargo, que la intención que guió los primeros esfuerzos de Hughes en el campo del léxico obstétrico y ginecológico era más bien educativa y profesional, pues no se proponía provocar cambios en el estatus ético dominante, sino simplemente crear una nomenclatura mejor adaptada a las necesidades de la educación médica y a los estudios estadísticos de la actividad clínica<sup>2</sup>. Así lo manifestó en su discurso inaugural como Presidente del ACOG, en abril de 1962, en el que afirmó que en la enseñanza en las escuelas de medicina habrían de usarse términos y nomenclaturas uniformes, de modo que los resultados del esfuerzo educativo no solo pudieran ser mejor evaluados y comparados, sino que facilitaran también el desarrollo de principios pedagógicos más sólidos<sup>3</sup>. Anunció, además, que ya entonces el ACOG había iniciado esos estudios terminológicos y que él, personalmente, se había implicado en ellos. Declaró que su intención era crear un Comité cuyo objeto fuera aclarar las definiciones y nomenclaturas como un paso hacia la mejora de los análisis estadísticos y los sistemas de codificación<sup>4</sup>.

En otro artículo, publicado poco después, volvió a aludir a los planes del ACOG de estandarizar la nomenclatura usada en la especialidad; afirmó que había creado un Comité para estudiar el problema, cuyos trabajos iban ya progresando; y comunicó que había discutido el asunto con representantes de organismos interesados en disponer de estadísticas exactas, los cuales le habían manifestado su apoyo a la empresa<sup>5</sup>.

El Comité de Terminología, bajo la presidencia de Hughes, produjo dos publicaciones que merecen comentario. La primera, de 1965, fue su Boletín de Terminología N<sup>o</sup>. 1, una hoja suelta, impresa por ambas caras, que trataba de los *Términos usados en relación con el feto*<sup>6</sup>. Encartada en el número de septiembre de la revista *Obstetrics and Gynecology*, órgano oficial del ACOG, el Boletín fue enviado a los miembros del College “para información y consideración”. Su contenido aparecía dividido en cuatro secciones (Introducción, El Feto, Etapas del Parto y Aborto). La mayoría de las definiciones que contenía no ofrecían cambios sensibles en comparación con las usuales de entonces y ahora. En la Introducción se daba la bienvenida a las sugerencias que los miembros del ACOG quisieran remitir al Comité, y, a la vez, se informaba que éste tenía en preparación una serie de Boletines con las definiciones de los términos obstétrico-ginecológicos<sup>7</sup>. Aunque presentado con la simple apariencia de una hoja suelta, el Boletín introducía, como veremos, una revolución ética mediante la redefinición de algunos términos.

La segunda publicación, aparecida en 1972, fue el libro *Obstetric-gynecologic Terminology*<sup>8</sup>, nacido por iniciativa de Hughes. Contenía, en sus 731 páginas, las definiciones de cerca de 10.000 términos de la especialidad obstétrico-ginecológica, de la neonatología y de los trastornos del desarrollo. En las páginas preliminares del libro aparecen las listas de los miembros del Comité y de los 43 expertos que con él colaboraron. El libro se presentaba a sí mismo

como una obra muy ambiciosa. Tanto el Prólogo de M. Newton, Presidente entonces del ACOG, como el Prefacio del propio Hughes, insistían en que el léxico recopilado, moderno, uniforme y bien definido, serviría para elevar la calidad y precisión del lenguaje usado en la enseñanza, la estadística y la investigación, y ayudaría a superar las dificultades de comunicación presentes a escala local, nacional e internacional. *Terminology* mantenía la revolución ética introducida por el *Bulletin* con sus nuevas definiciones.

### **Nuevas definiciones con repercusiones éticas**

La inmensa mayoría de los términos contenidos en *Bulletin* y en *Terminology* son simplemente técnicos, en el sentido de que carecen de implicaciones éticas relevantes. Pero no ocurre así en el caso de unos pocos, cuyas definiciones aparecen dotadas de un significado no solo nuevo, sino éticamente cuestionable, por lo que merecen especial consideración. Esos términos son 'concepción', 'gestación', 'embrión' y 'huevo fecundado'. *Bulletin* y *Terminology* ofrecen de cada uno de ellos definiciones más o menos diferentes. Parece que el Comité que preparó el *Bulletin* no se esforzó en imprimir la máxima precisión a sus definiciones, por lo que el Comité que redactó *Terminology* hubo de enmendarlas y completarlas. Se transcriben a continuación los correspondientes pares de definiciones.

CONCEPCIÓN. *Bulletin* dice: "Es la implantación del huevo fecundado. Esta definición ha sido elegida deliberadamente porque la unión del espermatozoide y el ovocito no puede ser detectada clínicamente a no ser que se produzca la implantación". La correspondiente entrada en *Terminology*, en cambio, afirma escuetamente: "Es la implantación del blastocisto. No es sinónimo de fecundación. SINÓNIMO: Implantación".

GESTACIÓN. Para *Bulletin* "es el estado desde la concepción a la expulsión de los productos de esa concepción." Para *Terminology*, "es el estado de la mujer desde la concepción y hasta que termina el embarazo. SINÓNIMOS: Preñez, Cioforia, Ciesis, Gravidez".

EMBRIÓN: En el *Bulletin*, lo define como "el término aplicado desde el tiempo de la implantación hasta el final de la octava semana, cuando la organogénesis está ampliamente realizada". En *Terminology* se dice: "es un término que se aplica al feto humano desde el tiempo de la concepción hasta que la organogénesis está en gran parte completada (10 semanas gestacionales). Embrión es un término embriológico y no debería usarse con fines de información estadística".

HUEVO FECUNDADO: Aparece en *Bulletin* como "el estadio de desarrollo que va de la fecundación a la implantación, al final aproximadamente de la primera semana". El término no figura en *Terminology*.

Las diferencias que se extraen entre las definiciones de 1965 y 1972 merecen un breve comentario.

CONCEPCIÓN. Para *Terminology*, concepción es ‘implantación del blastocisto’, lo que mejora técnicamente ‘implantación del huevo fecundado’ de *Bulletin*. Fue igualmente eliminada la justificación que *Bulletin* había ofrecido del cambio radical que supuso dar a concepción el nuevo significado de implantación, y cancelar con ello la clásica equivalencia de concepción con fecundación. A pesar de la importancia del cambio, *Terminology* no ofrece ninguna justificación de la nueva, y sin duda deliberada, elección. Para recalcar el nuevo orden de cosas, insiste en que concepción no es sinónimo de fecundación, sino de implantación. Lógicamente, la nueva definición atrajo algunas y fuertes críticas: Rock y Ramsey<sup>9</sup>.

GESTACIÓN. Coinciden las dos versiones en afirmar que el inicio de la gestación es la implantación. Sin embargo, presentan notables diferencias de estilo: *Terminology* es más ‘humano’: hace referencia a la mujer y al término del embarazo; *Bulletin* es más bien ‘zoológico’, pues designa al feto y sus envolturas como ‘productos de la concepción’.

EMBRIÓN: *Bulletin* y *Terminology* insisten en su desdén por el tiempo anterior a la implantación, y dejan en un limbo de ignorancia al nuevo ser en sus primeros días de desarrollo. *Bulletin* lo extiende hasta el ‘final de la octava semana’, sin especificar qué escala (gestacional, fetal) ha usado; *Terminology* especifica que el periodo embrionario concluye con la décima semana gestacional. Es un tanto decepcionante la afirmación de *Terminology*, no justificada, de que el término embrión no debería usarse con fines de información estadística.

HUEVO FECUNDADO. Sería interesante conocer los motivos que indujeron al Comité a eliminar este término, el único que, según *Bulletin*, hacía referencia al tiempo pre-implantatorio. Obviamente, con el traslado del inicio de la gestación de la fecundación a la implantación, los primeros días del desarrollo del embrión quedan éticamente vaciados de significado; en consecuencia, el estadio ‘huevo fecundado’, además de superfluo, podría resultar un tanto embarazoso a la hora de determinar su estatus ético. Aparentemente, el Comité optó por anular el problema suprimiendo el término. ‘Huevo fecundado’ desapareció sin dejar huellas, aunque en *Terminology* pervivieron los términos ‘Zigoto’, ‘Mórula’ y ‘Blastocisto’.

### **La autoridad de *Terminology***

Las consideraciones precedentes provocan una cierta inquietud, porque es inevitable sospechar que las nuevas significaciones asignadas a los términos ‘concepción’ y ‘gestación’ no estuvieron motivadas por exigencias del avance científico o de la eficiencia profesional, sino por la conveniencia ideológica de

dejar en penumbra el efecto abortifaciente, real o hipotético, de los contraceptivos orales y de los DIUs. No se aportan razones para los cambios, excepto la que ofrece *Bulletin* para justificar la nueva definición de concepción: y no sería impropio calificar de ingenua la justificación aducida.

Conviene tener presente que las nuevas definiciones son producto no del ACOG, sino de su Comité de Terminología. No faltan razones para concluir que el Comité actuó en este caso como un ente autónomo bajo la iniciativa y dirección de su presidente E.C. Hughes<sup>10</sup>. En efecto, y en contra de lo que podía esperarse, el ACOG no respaldó con entusiasmo el trabajo del Comité. De un lado, el ACOG no es citado en la página de título de *Terminology*; de otro, M.W. Newton, Presidente a la sazón del College, escribió un Prólogo para el libro, en el que, tras reconocer el carácter provisional y discutible de la obra, se limita a expresar buenos deseos: “La Comisión Ejecutiva [del ACOG] opina que la publicación de este libro y las discusiones que sin duda generará, servirán para que pueda llegarse en el futuro a una nomenclatura normalizada y generalmente aceptada en obstetricia y ginecología”<sup>11</sup>.

Por su lado, Hughes, en el Prefacio, cuenta la historia de *Terminology* como una empresa de grandes ambiciones: “Antes de iniciar la tarea se solicitó la opinión y consejo de numerosos ginecólogos, obstetras, estadísticos, funcionarios de sanidad, bibliófilos médicos y otras personalidades de todo el mundo. Se celebraron reuniones con comités y funcionarios de protección a la madre y a la infancia, a fin de aprovecharnos de sus sugerencias y apoyos. [...] El Comité examinó a fondo las revistas, libros de texto, diccionarios médicos y otras fuentes de consulta, en busca de términos nuevos y acepciones recientes”<sup>12</sup>.

A pesar de estas alabanzas, es necesario indagar si *Terminology* fue reconocida como árbitro de las discrepancias léxicas en obstetricia y ginecología. Como diccionario, ¿de qué autoridad gozó? No parece haber sido muy grande.

Apenas recibió aplausos o censuras por parte de la crítica bibliográfica, pues parece que se publicó solo una reseña sobre el libro<sup>13</sup>. Tampoco tuvo mucho éxito entre los traductores: existe una sola traducción de *Terminology* a lengua extranjera, la que se hizo al español y que vio la luz en 1975 en Barcelona<sup>14</sup>.

No fue citada con frecuencia. Una búsqueda de la bibliografía en Pubmed ha proporcionado algo más de 300 citas acumuladas a lo largo de cuatro decenios, citas que corresponden principalmente a artículos sobre hipertensión ligada al embarazo, eclampsia y síndromes malformativos.

En lo que aquí nos concierne más directamente –las definiciones nuevas sobre concepción y embarazo– se ha de concluir que han sido escasamente citadas. Las que se refieren a la existencia o no de un efecto abortifaciente de los diversos contraceptivos, no son muy numerosas. Se trata en buena parte de trabajos que versan sobre los mecanismos de acción de ciertos contraceptivos y que se alinean en dos posiciones polares. De una parte, están los que afirman

repetitivamente que esos contraceptivos no son abortifacientes, pues arguyen que actúan antes de la implantación e insisten en afirmar que “es un hecho biológico que la gestación comienza con la implantación y no con la fecundación”<sup>15</sup>. De la otra, están los que profesan que, por comenzar la vida del individuo con la fecundación, todo atentado a esa vida, lo mismo antes que después de la implantación, es éticamente inaceptable: desde esta ética, la vida humana naciente es intangible.

Parece legítimo concluir que la autoridad de *Terminology* no es propia ni exclusivamente científica. Es más bien social: viene del prestigio que cada uno quiera atribuir al Comité que la preparó. Es, por tanto, una autoridad dependiente, privada, no oficial como alguien ha propuesto<sup>16</sup>, cuya fuerza es la de la calidad de sus entradas. No sería, pues, legítimo, por no decir que un abuso, invocar *Terminología* como instancia necesariamente válida en la interpretación del lenguaje obstétrico, en especial en asuntos de fuerte carga ética. Son los propios obstetras quienes desautorizan la definición de que concepción es implantación. En una encuesta relativamente reciente, realizada por Chung y col, predominaron (57%) los especialistas en obstetricia y ginecología que mantenían que la gestación comienza con la concepción-fecundación; el 28% de ellos creían que se iniciaba con la implantación, y el 16% no estaban seguros<sup>17</sup>.

## **2. El católico Raymond Holden y la activación de la Resolución de 1937**

La Resolución tomada en 1937 por la AMA en Atlantic City sobre la postura de los médicos y la contracepción y la creación de varios Comités para el estudio de la cuestión, no fue completada con las respuestas de los Comités a los que se solicitaba el requerido informe, ni fue formalmente ratificada después de que fuera parcialmente retractada en la Sesión de la AMA celebrada en San Francisco en 1938. Eso no impidió que, a pesar de sus carencias e imprecisiones, fuese seguida por muchos miembros de la AMA y orientase sus prácticas contraceptivas, en especial cuando, casi 20 años más tarde, se introdujeron los esteroides progestínicos y los DIUs. La Resolución de 1937, a pesar de haber quedado suspendida y obsoleta, supuso durante casi treinta años una especie de cheque en blanco para la práctica de la contracepción por muchos profesionales de la medicina. De hecho, por casi treinta años, la contracepción fue una actividad médica desregulada.

### **El Comité de Reproducción Humana (CRH)**

Para superar esa situación tan anómala, la AMA, consciente de los problemas planteados por el crecimiento acelerado de la población y persuadida del papel que el médico estaba llamado a desempeñar como consejero en la importante

esfera de la reproducción humana, creó en 1964 un nuevo Comité, con el encargo de preparar, a la vista de las resoluciones tomadas anteriormente por la AMA sobre la materia, una nueva declaración sobre la contracepción y demás aspectos de la reproducción humana, que tendría que ser revisado y aprobado por la Junta directiva<sup>18</sup>.

El nuevo Comité recibió el nombre de Comité de Reproducción Humana (CRH)<sup>19</sup>. Entre sus miembros predominaban los que ya habían mostrado su apoyo a la difusión de las prácticas contraceptivas, empezando por su presidente Raymond T. Holden, activo partidario del control de la fertilidad, pues estaba convencido de que la tasa acelerada del crecimiento de la población en el mundo era aterradora. Raymond T. Holden (1904-2007) trabajó como obstetra en varios hospitales de Washington y actuó como docente en la Universidad de Georgetown. Fue muy activo en la AMA, de cuyo Consejo directivo llegó a ser miembro<sup>20</sup>.

El CRH se propuso como objetivo principal redactar y distribuir entre los miembros de la AMA una publicación que pusiera al día los métodos de control de la fertilidad entonces en uso. En principio se pretendió darle la forma y extensión de un manual en el que se tratara de “todas las fases, métodos y aspectos del control reproductivo”. El resultado final quedó, sin embargo, en lo que a su extensión se refiere, bastante por debajo de lo proyectado, reducido a un artículo de revisión de discretas dimensiones<sup>21</sup>, que fue aprobado por la Junta directiva de la AMA y su Cámara de Delegados en la Convención Clínica de Miami Beach (noviembre de 1964). Esa aprobación fue considerada como un hito histórico que marcaba el cambio de la política de la AMA con respecto a la reproducción y la demografía humanas: de una posición neutral y estrictamente limitada a la práctica médica, la Asociación pasaba a declararse un agente activo y preocupado por los problemas económicos y sociales.

El referido artículo, titulado *El Control de la Fertilidad*, fue publicado poco después en el JAMA<sup>22</sup>. Iba dirigido en exclusiva a los miembros de la Asociación, pues no entraba entonces en los planes de la AMA promover programas educativos sobre sexualidad o control de la natalidad dirigidos al público general: esa era responsabilidad individual de los médicos, mientras que la Asociación debía limitarse a informar a sus asociados<sup>23</sup>.

En su inicio, *El Control de la Fertilidad* definió los principios, ciertamente ambiciosos por no decir que utópicos, que la AMA iba a seguir en la materia, a saber: que el control de la población no ha de tenerse simplemente como un problema de paternidad responsable, sino también como un asunto de práctica médica responsable; que la profesión médica ha de asumir una seria responsabilidad sobre la reproducción humana, lo mismo en lo que afecta a la población entera como a la familia individual; que los médicos han de ofrecer consejos y orientaciones cuando se lo pidan sus pacientes o han de referirlos a



personas adecuadas; que la AMA debería asumir la responsabilidad de divulgar información entre los médicos, por los medios que resulten más apropiados, sobre todas las fases de la reproducción humana, incluida la conducta sexual.

El año siguiente, el artículo fue reproducido íntegramente en la documentación de las audiencias tenidas en el Senado de los Estados Unidos sobre la crisis de la población<sup>24</sup>. A pesar del importante respaldo institucional recibido, el documento no obtuvo mucha resonancia a juzgar por las citas que ha recibido<sup>25</sup>.

Un segundo encargo hecho al CRH fue la preparación de un programa docente que sirviera de guía para enseñar a los estudiantes de medicina sobre reproducción humana. El documento fue enviado al Consejo de Educación Médica de la AMA y a los decanos y jefes de departamento de todas las escuelas de medicina de Estados Unidos. Ante el silencio de los destinatarios, no se tomaron ulteriores decisiones sobre este asunto. Esta guía docente no fue publicada en el JAMA, aunque, lo mismo que sucedió con *El Control de la Fertilidad*, Holden se refirió a ella cuando depuso sobre Crisis de la Población ante la Comisión del Senado, y el Presidente de la Comisión acordó incluirla en las correspondientes actas<sup>26</sup>, gracias a lo cual hoy podemos conocerla. La guía ofrece una lista exhaustiva de los tópicos que las diferentes disciplinas del currículo médico podrían incluir en sus lecciones a fin de promover la más completa educación de los estudiantes en reproducción humana. No contiene, sin embargo, ni una sola alusión a los aspectos éticos de la materia.

Con la publicación de *El Control de la Fertilidad* y de otras recomendaciones de menor relieve, podría darse por terminado el proceso de recepción y difusión por la AMA de las prácticas contraceptivas destinadas a los médicos<sup>27</sup>, que, con diversas alternativas, la Asociación había patrocinado desde 1937. Pero, por diversas causas, *El Control de la Fertilidad* no alcanzó los objetivos deseados. Se reprochó al CRH no ser debidamente multidisciplinario, pues, por ejemplo, no incluía entre sus miembros a ningún endocrinólogo, siendo así que la contracepción hormonal implica directamente al sistema endocrino. También se le inculcó al CRH de falta de objetividad, pues, preocupado quizás en exceso por destacar los beneficios de la contracepción oral, se refirió en sordina a los fenómenos adversos atribuidos a los contraceptivos orales, incluidos los trastornos circulatorios y metabólicos. El propio Holden reconoció que no se había hecho hincapié suficiente sobre los efectos indeseados de los contraceptivos, pues en el CRH consideraron que bastaba para la aprobación de la FDA garantizar la seguridad de la 'píldora'<sup>28</sup>.

## Contracepción y conciencia católica



Una vez más, se repite aquí el problema que afectó a muchos médicos católicos (es el caso de Kosmak, Rock, Hellegers y tantos otros) de cómo hacer compatibles su fe católica y su actitud profesional médica favorable a la contracepción. Era bien conocido que Holden, aunque divorciado y vuelto a casarse, era católico y se profesaba tal. No podía ignorar, por tanto, la doctrina del Magisterio católico sobre la contracepción. Además, sabía que no podía excluirse un efecto abortifaciente de los contraceptivos orales<sup>29</sup>. Como Presidente del CRH deseaba “encontrar métodos que sean aceptables en un sentido humano, y aceptables también para los diversos grupos religiosos y étnicos”<sup>30</sup>.

De estas palabras de Holden se deduce que no le faltaban buenas intenciones, aun cuando podrían parecer un tanto utópicas en lo que respecta a la Iglesia católica. A pesar de que en 1964 existía un extendido disenso entre los moralistas y los fieles comunes sobre la licitud moral del uso de contraceptivos entre personas casadas, seguía siendo válida la condena tradicional que sobre la contracepción había promulgado<sup>31</sup>, y seguía manteniendo, el Magisterio de la Iglesia católica<sup>32</sup>.

Holden, sin embargo, estaba convencido, lo mismo que muchos científicos, gente común y numerosos eclesiásticos, de la gravísima amenaza que para la humanidad constituía el crecimiento de la población mundial. “Las estadísticas –afirmó repetidamente– le dejan a uno aterrorizado. Es espantoso darse cuenta de que, si se permitiera que la tendencia actual continuara sin freno, la población mundial se duplicaría en 40 años y en otros 40 volvería a duplicarse”. Añadía que era “responsabilidad de los médicos proporcionar orientación a sus pacientes en esta materia”<sup>33</sup>. Holden compartía también la opinión, entonces ampliamente difundida, de que la única arma eficaz con que oponerse al aborto era una amplia difusión de los contraceptivos. La razón ética de tal parecer no parece totalmente clara: el rechazo social del aborto era entonces todavía muy fuerte; la censura, por no decir el desprecio, de los médicos abortistas un imperativo de la moral profesional; pero ese rechazo era también un arma táctica para hacer socialmente aceptable y “ética” la contracepción. Aunque se declaraba personalmente opuesto a la interrupción del embarazo, Holden sostenía, sin embargo, que los médicos tenían derecho a decidir por sí mismos en materia de aborto<sup>34</sup>.

Es, pues, lógico preguntarse: ¿cómo hizo compatible Holden su condición de católico con su gestión al frente de un Comité cuyas recomendaciones se colocaban al margen, o frontalmente en contra, de las enseñanzas de la Iglesia de Roma? Parece patente que Holden resolvió el conflicto entre sus dos lealtades –la debida al credo católico y a su moral religiosa, de un lado; y del otro, la debida a sus compromisos institucionales y profesionales– estableciendo una completa separación entre ellas. Sus compromisos religiosos y sus compromisos profesionales pertenecían a dos mundos aparte, independientes el

uno del otro. Con ello, el conflicto dejaba de existir. En una entrevista, declaró: “Cuando me pidieron ser presidente de un Comité que había de considerar los problemas de la reproducción humana y del control de la población, pensé en mi postura como católico. Pero un Comité de la AMA tendría que estudiar su material de modo amplio y objetivo desde un punto de vista médico. Me pareció que no tenía porqué haber conflictos por razones religiosas en relación con un material que el Comité tenía que considerar profesionalmente”<sup>35</sup>.

Esta doble lealtad (a la religión y a la profesión) no era fenómeno reciente. Veatch la ha descrito al tratar de la situación de los médicos católicos que se habían inscrito en la AMA tras la constitución de ésta en 1847. Estos se encontraron con que la ética médica contenida en el Código de Ética de la Asociación, basada en los usos, costumbres y tradiciones que los médicos habían ido desarrollando para regular sus recíprocas relaciones y las relaciones con sus enfermos, estaba hecha de espaldas a la teología moral, que centraba sus razonamientos en la consideración de los mandamientos, los sacramentos y las virtudes cristianas. En consecuencia, los médicos católicos se veían enfrentados a dos sistemas de ética médica que, aunque imponían normas en gran parte coincidentes, presentaban también notables discrepancias normativas, que han ido aumentando en número y entidad a medida que el tiempo ha ido transcurriendo<sup>36</sup>.

Veatch sugiere que esos conflictos no alcanzaron notoriedad porque las dos tradiciones simplemente no entraron en comunicación, se ignoraron mutuamente: en el siglo XIX, el mundo de la medicina y el mundo de las humanidades estaban tan alejados uno de otro que no pudieron percibir las contradicciones implicadas en sus sistemas morales. De ahí, deduce Veatch, que “los médicos católicos podían ‘en cuanto profesionales médicos’” creer en un conjunto de normas morales vinculantes, al tiempo que “en cuanto católicos” habían de seguir otro conjunto de normas”. En fin de cuentas, los médicos creyentes eran legos en asuntos de teología y no se consideraban capacitados para entrar en el reino de la teología moral, mientras que los teólogos preferían no inmiscuirse en materias de moralidad profesional de los médicos<sup>37</sup>.

---

<sup>1</sup> Estos datos biográficos están tomados de Mengert WF, Pearse WH. History of the American College of Obstetricians and Gynecologists. The First Quarter Century 1950-1976. Washington; ACOG; 2001: 189-190. No ha sido posible encontrar en la bibliografía otra información (biografía, obituario) sobre Hughes.

<sup>2</sup> En 1963, Hughes publicó dos artículos sobre la vida prenatal (Hughes EC. Life in Inner Space. Oxygen and nourishment are primary survival factors for the fetus in utero in inner space and the astronaut in a capsule in outer space. Am J Nurs 1963;63:92-94; Hughes EC. Comparison of Intrauterine and Outer Space Life. New Physician 1963;12:57-59), en los que presentó su visión

---

admirativa de la fisiología del útero gestante, al que comparó con una cápsula espacial. Según una nota final en el primero de ellos, esos artículos se basaban en una conferencia dirigida a enfermeras pronunciada en 1962. En ella, Hughes se muestra conforme con la idea de que la vida humana comienza con la fecundación. Dijo: “todos hemos vivido en una cápsula por lo menos nueve meses de nuestra vida, pues pensamos que la vida comienza con la unión del espermatozoide y el ovocito (Los chinos dicen que sus hijos tienen, el día que nacen, un año de edad)”.

<sup>3</sup> Hughes EC. To Sow is to Reap. Inaugural Address. *Obstet Gynecol* 1963;21:639-645, en 641.

<sup>4</sup> *Ibid.*, en 644.

<sup>5</sup> Hughes EC. Noblesse Oblige. *Obstet Gynecol* 1962;20: 821-825, en 825.

<sup>6</sup> Terms Used in Reference to the Fetus. ACOG Terminology Bulletin No. 1, Washington: ACOG; 1965.

<sup>7</sup> Al parecer, el Comité de Terminología no publicó ningún otro Boletín.

<sup>8</sup> Hughes EC, ed. *Obstetric-Gynecologic Terminology with Section on Neonatology and Glossary of Congenital Anomalies*. Philadelphia: F.A. Davis Co.; 1972.

<sup>9</sup> Ramsey P. Reference Points in Deciding about Abortion. En: Noonan, jr JT, ed. *The Morality of Abortion. Legal and Historical Perspectives*. Cambridge, Mass. Harvard University Press; 1970:60-100.

<sup>10</sup> “La primera edición [...] fue publicada en 1972 como un esfuerzo cooperativo entre el Comité de Terminología y la casa editora”. F.A. Davis Company.” Mengert WF, Pearse WH. *History ...*, cit. en nota 1.

<sup>11</sup> Newton M, Foreword. Hughes, Op cit, en nota 8, p. vii.

<sup>12</sup> Hughes EC. Preface. Op cit en nota 8, pp. ix-x. Una versión muy elocuente del prefacio de Hughes formó parte de una declaración ante el Senado de los Estados Unidos, hecha por Nolan-Hale, en la que la autora afirma que, en el tiempo de la decisión Roe vs de la Corte Suprema sobre el aborto, quizás la fuente más autoritativa para la definición de términos obstétricos era la *Terminology* editada por Hughes: Nolan-Haley J. Statement. En: *Proposed Constitutional Amendments on Abortion: Hearings before the Subcommittee on Civil and Constitutional Rights of the Committee of the Judiciary, House of Representatives, Ninety-fourth Congress, Second Session. Serial No. 46, Part 1*. Washington, D.C.: U.S. Printing Office; 1976:256.

<sup>13</sup> Coleman HH. *Obstetric-Gynecologic Terminology*. *J Obst Gynecol Neonat Nurs* 1973;2:71.

<sup>14</sup> Hughes EC. *Terminología en Obstetricia y Ginecología*. Revisada por J.M. Carrera. Barcelona; Salvat Editores; 1975.

<sup>15</sup> Por ejemplo, Grimes DA, Cook RJ. Mifepristone (RU486). An Abortifacient to Prevent Abortion? *N Engl J Med* 1992;327:1088-1089. Los autores afirman que la gestación comienza cuando la implantación está completada, y cita a *Terminology* como autoridad para esa tajante afirmación. Pero eso no se dice en *Terminology*. En la respuesta a una carta al Editor (Grimes DA, Cook RJ. Mifepristone (RU486). An Abortifacient to Prevent Abortion? *N Engl J Med* 1993;328:254-355), Grimes y Cook se muestran condescendientes con los que tienen ideas discrepantes acerca del comienzo de la gestación, pero afirman que “tales creencias no pueden cambiar el proceso biológico implicado”. Y, de nuevo, confirman a *Terminology* como origen de la idea de que “El hecho biológico es que la gestación comienza en la implantación y no en la fecundación”. Pero *Terminology* no trata del proceso biológico implicado. Grimes y Cook ejercitan una especie de disuasión preventiva al iniciar su carta con el lema “La buena ética comienza con los buenos hechos” (Macklin R. Antiprogestin drugs: ethical issues. *Law Med*

---

Health Care 1992;20:215-219). Se crea así un cinturón de seguridad para evitar la evaluación crítica del problema.

<sup>16</sup> Fleming AS. Statement. En: Proposed Constitutional Amendments, cit en nota 11: 155.

<sup>17</sup> Chung S. Beliefs of obstetricians/gynecologists about when pregnancy begins. *Am J Obstet Gynecol* 2012, 206:132.e1-7.

<sup>18</sup> Ibid. Reports of the Board of Trustees, Supplementary Report G. Human Reproduction; 94.

<sup>19</sup> AMA. Proceedings. House of Delegates. Miami Beach, Florida. 18<sup>th</sup> Clinical Convention, Nov 30-Dec 2, 1964. New Committees of the Board of Trustees: 27. El anterior Comité sobre Prácticas Contraceptivas había sido disuelto por el Consejo de la AMA en 1948. Era típico de los Comités de la AMA reunir entre sus miembros a médicos, que aunque no sobresalientes en el mundo académico o institucional eran expertos en la materia que el Comité había de considerar, con otros médicos no expertos pero que gozaban de prestigio público. En el Comité de Reproducción Humana eran de acreditada actitud pro-contraceptiva, aparte de su Presidente Raymond Holden, otros cuatro miembros: C. Lee Buxton, que había jugado un papel decisivo en la anulación de la legislación restrictiva sobre contracepción en Connecticut y que abrió la primera clínica de Paternidad Planificada en ese estado; Mary S. Calderone y Janet T. Dingle, que ocuparon cargos elevados en Paternidad Planificada; y H. Close Hesseltine. Los otros miembros eran: George M. Fister, urólogo, que acababa de terminar su mandato como Presidente de la AMA; Henry D. Lederer, psiquiatra, que había sido director asociado del Instituto Nacional de Salud Mental y Decano de la Escuela de Medicina de la Universidad de Georgetown; y Mark H. Lepper, profesor de medicina preventiva y enfermedades infecciosas en el Rush Medical College de Chicago.

<sup>20</sup> Algunos datos biográficos pueden verse en: Sullivan P. Raymond T. Holden, 102; Longtime District Obstetrician. *Washington Post*, March 22, 2007.

<sup>21</sup> Committee on Human Reproduction. The Control of Fertility. *JAMA* 1965;194:462-470. En adelante: *The Control*

<sup>22</sup> Medical News. AMA's Population Control Program Keyed to Physician Role as Counselor. *JAMA* 1965;191:31-33, en 31. En adelante, *AMA's Population*.

<sup>23</sup> Bruner R. Neutral Stand Dropped. Doctors to Aid in Population Curbs. *The Blade*, Ohio, January 22, 1965: p. 5.

<sup>24</sup> Population Crisis. Hearings Before the Subcommittee on Foreign Aid Expenditures of the Committee on Government Operations. United States Senate, Eighty-Ninth Congress, Second Session on S. 1676. Part 1. Exhibit 22. "The Control of Fertility", a monograph prepared by the AMA Committee on Human Reproduction. Washington: U.S. Government Printing Office; 1966: 135-147.

<sup>25</sup> Sorprendentemente, *The Control* no fue incluido en Medline (ahora Pubmed), Aparece con autoría confusa en Google Scholar, que no refiere que haya sido citado alguna vez en la bibliografía biomédica.

<sup>26</sup> Population Crisis, op. Cit. Exhibit 21. Inclusion of Material Basic to the Physician's Professional Role in Problems of Human Reproduction in the Undergraduate Medical Curriculum. Washington: U.S. Government Printing Office; 1966: 132-135. Es la única publicación que reproduce el artículo del CRH.

<sup>27</sup> Al publicar las Resoluciones, la AMA se dirigía exclusivamente a los médicos, pues no entraba en sus planes ofrecer directamente tal información al público o iniciar programas de educación sexual y contraceptiva destinados a los no-médicos. *AMA's Population*: 31.

---

<sup>28</sup> Mintz M. Are Birth Control Pills Safe? En: Katz J, ed. *Experimentation with Human Beings. The Authority of the Investigator, Subject, Professions and State in the Human Experimentation Process*. New York: Russell Sage Foundation 1972:751-754, en 752-753.

<sup>29</sup> Al tratar del mecanismo de acción de los contraceptivos hormonales por vía oral, se afirma un tanto crípticamente: "Pueden también ser factores de antifertilidad la producción asociada de un moco cervical hostil o la aceleración de los cambios endometriales". *The Control*, p. 232.

<sup>30</sup> AMA's Population, 33.

<sup>31</sup> Pius XI. *Littera Encyclica Casti Connubii*. *Acta Apost Sed* 1930;22:539-598, en 560; Pius XII. *Allocutio iis quae interfuerunt Conventui Unionis Catholicae Italicae inter Obstetrices Romae habito*. Romae die 29 Octobri mensis a. 1951. *Acta Apost Sed* 1951;43:835-860, en 853-854.

<sup>32</sup> Paulus VI. *Allocutio ad E.mos Patres Purpuratos, fausta et felicia ominatus Beatissimo Patri nominalem diem celebranti, anno exacto ex quo ad Summum Pontificatum est evecus*. Die 23 mensis Iunii a. 1964. *Act Apost Sedis* 1964;56:581-589, en 588-589.

<sup>33</sup> AMA's Population: 31.

<sup>34</sup> Halfmann D. *Doctors and Demonstrators: How Political Institutions Shape Abortion Law in the United States, Britain, and Canada*. Chicago: University of Chicago Press; 2011: 81.

<sup>35</sup> AMA's Population 32.

<sup>36</sup> Veatch RM: *Disrupted Dialogue. Medical Ethics and the Collapse of Physician-Humanist Communication (1770-1980)*. New York: Oxford University Press; 2005: 153-154.

<sup>37</sup> Para Veatch, la actitud de esos médicos es llamativamente similar a la que Lifton ha descrito en los médicos alemanes que cooperaron en los abusos y atrocidades de la época nazi: una "duplicidad" moral que les permitía en unos momentos actuar como médicos compasivos y en otros desempeñarse como agentes inhumanos de la tortura o de la aplicación de las políticas de la higiene racial o de la eutanasia de enfermos incurables. Lifton RJ. *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocida*. New York: Basic Books; 2000:418-419.