

EL PAPEL DEL MÉDICO EN LA ELECCIÓN DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO

Segunda parte

LICDA. SILVIA ELENA CALVO SOLANO*
LICDA. YAMILETH MURILLO RODRÍGUEZ**

REFERENCE: CALVO, S. and MURILLO, Y.: *The Role of a Physician in Selecting a Contraceptive Method*, *Medicina Legal de Costa Rica*, 6 (3-4), pp. 28-38, 1989.

ABSTRACT: Malpractice in Medicine and Pharmacy is reviewed. Physicians may incur malpractice if an informed consent is not previously obtained from the patient or secondary effects are not advised on.

KEY WORDS: Malpractice, contraceptive methods.

REFERENCIA: CALVO, S. y MURILLO, Y.: *El papel del médico en la elección de un método anticonceptivo*, *Medicina Legal de Costa Rica*, 6 (3-4), pp. 28-38, 1989.

RESUMEN: La mala práctica en Medicina y Farmacia es revisada. Los médicos pueden incurrir en mala práctica si no obtienen el consentimiento informado previo de la paciente o si no le advierten sobre los efectos secundarios.

PALABRAS CLAVES: Mala práctica, métodos anticonceptivos.

I. MALPRAXIS DEL MÉDICO AL PRESCRIBIR UN ANTICONCEPTIVO.

Desde tiempos remotos se ha responsabilizado al médico por sus actos profesionales. Existen antecedentes sobre la materia, como por ejemplo: el Código de Hammurabi (siglo XXII a.C.), la formación de los Colegios Secretos en Egipto y Grecia, el Juramento de Hipócrates, la Ley Aquilia Romana y la Academia de Medicina de París. Esta última, en 1829 proclamó la exclusiva responsabilidad moral de los profesionales del arte de curar, que constituye el primer antecedente de inmunidad especial para los médicos (73, 74, 75, 76, 77).

Con el paso de los años, las demandas de malpraxis han aumentado en los tribunales. Es por ello, que en algunos países se han creado seguros de malpraxis. Seguros que tienen la desventaja de sus elevadas cuotas, que no todo médico puede pagar (73, 78, 79, 80, 81, 82).

A. RESPONSABILIDAD MÉDICA.

La responsabilidad médica es una forma específica de la responsabilidad profesional.

El término responsabilidad médica abarca la responsabilidad en que incurren los médicos, el personal paramédico y el hospital (83). Es nuestra intención, centrar el análisis en la responsabilidad del

médico al recetar un método anticonceptivo.

Se ha señalado que la responsabilidad del médico es "La obligación que éste tiene de reparar y de satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios o involuntarios dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión" (84). Compartimos la anterior definición excepto cuando se refiere a los "errores voluntarios" cometidos por el médico al ejercer su profesión; porque los actos dolosos cometidos por el médico, dejan de ser considerados como malpraxis, debido a que el acto que origina la responsabilidad médica debe ser realizado mediante culpa, es decir sin intención de dañar (77). Es por ello que se asimila la responsabilidad médica a la malpraxis o actuar culposo del médico. Se excluyen las acciones dolosas porque ellas se rigen como una forma más de causar un daño que incluso podría estar tipificado como delito y no como un actuar profesional.

La responsabilidad del médico puede ser moral y jurídica. Dentro de esta última podemos ubicar la responsabilidad civil y penal del médico.

El médico puede verse ante la ley en tres hipótesis:

1. La iatrogenia o falibilidad impune, que es el margen de error permitido en el ejercicio de la medicina.

2. La malpraxis o responsabilidad culposa.
3. La responsabilidad dolosa (85, 75, 86, 87, 88).

Es tarea nuestra el ocuparnos de la segunda hipótesis en relación con la prescripción de métodos anticonceptivos.

La malpraxis o responsabilidad culposa del médico se fundamenta en cuatro violaciones al deber de cuidado, dado por la ley natural y la ley positiva. El hombre, en este caso el médico, viola el deber de cuidado cuando su actuar es imprudente, negligente, sin pericia, o cuando hace caso omiso a los reglamentos (2, 75, 87, 86, 89, 77).

Una malpraxis puede ser ocasionada porque el médico actuó de alguna de las cuatro formas ya citadas o bien puede darse una combinación de ellas. Veamos pues, el médico incurre en malpraxis cuando se apresura imprudentemente a recetar a su paciente un anticonceptivo oral o inyectable, sin haber realizado los exámenes o interrogatorio previos. Aquí hay imprudencia, negligencia y falta (inobservancia de los reglamentos). O bien, puede suceder que habiendo realizado los exámenes e interrogatorio pertinente, haya procedido a introducir un dispositivo intrauterino sin contar con la práctica y habilidad suficiente para colocarlo, causándole una perforación uterina a su

* Abogada, apartado 6473, San José (1000), Costa Rica.

** Abogada, apartado 6655, San José (1000), Costa Rica.

paciente. En este segundo caso estamos ante una impericia. También puede suceder que el médico se precipita en el momento de realizar una cesárea, y sin darle la debida información a la paciente sobre las consecuencias e implicaciones que tiene una esterilización, le practica una histerectomía o una salpingectomía a una paciente sin el debido respeto al consentimiento informado. Tenemos aquí un comportamiento negligente, imprudente y una inobservancia de los reglamentos.

B. ELEMENTOS DE LA MALPRAXIS.

Son elementos constitutivos de la malpraxis: 1. Un sujeto con título que se desenvuelva dentro de las ciencias profesionales de la salud; 2. relación médico-paciente; 3. un acto culposo; 4. daño en el cuerpo o en la salud; 5. relación de causalidad entre la acción y el resultado (2).

Señala Kvitko que los elementos de la irresponsabilidad médica son: "Autor: profesionales médicos, profesionales paramédicos (farmacéuticos, odontólogos, químicos, bioquímicos); Acto profesional: desempeño de su actividad profesional específica; Elemento objetivo: daño en el cuerpo o en la salud de una persona (lesiones, peligro de vida, muerte, etc.); Elemento subjetivo: (malpraxis); Relación concausal: daño provocado como consecuencia directa de la culpa y que dicho daño se puede evitar si no mediare la culpa previa" (77).

En la malpraxis del médico, cuando hablamos de un sujeto con título que se desenvuelva dentro de las ciencias profesionales de la salud, nos referimos a un doctor en medicina (médico) con título y debidamente incorporado al Colegio de Médicos y Cirujanos, también debe estar autorizado por este último para el ejercicio de su profesión. Excluimos así los casos de ejercicio ilegal de la medicina (charlatanismo, curanderismo y cesión de diploma) sancionados por la Ley General de Salud en el artículo 370 (2, 90).

Es necesario que se constituya la relación médico-paciente. La misma debe ser voluntaria y libre; salvo los casos de: emergencia, en la medicina socializada, el médico de empresa y en aquellos lugares o poblados donde sólo hay un médico laborando (2).

Acto culposo es aquel que se realiza sin intención de dañar (elemento volitivo) y que puede asumir las formas de negligencia, impericia, imprudencia y falta.

En el plano teórico se ha hablado de grados de la culpa, pero en la realidad, cuando estamos ante casos concretos, resulta a veces difícil encasillar un acto culposo como cometido por culpa grave o por culpa leve.

Según el doctor Francisco Chacón Bravo debe distinguirse entre culpa ordinaria y culpa profesional. Es ordinaria cuando se ha obrado con dolo, negligencia, imprudencia, o falta; a diferencia de la profesional, que versa sobre la aplicación de reglas de orden científico. El médico cuando actúa profesionalmente, sólo es responsable de la culpa grave o lata, ello porque hay que dejarle gran libertad de acción para que no sienta el temor constante de comprometer su responsabilidad. Agrega Chacón que: "Algunos autores combaten esta posición diciendo que toda persona, quienquiera que sea, está sometida al Derecho Común, y que la ley no hace ninguna excepción en favor de los médicos, porque habla de falta, negligencia o imprudencia sin calificar sus grados. Cierto. Pero la ley se refiere a la culpa ordinaria, no a la culpa profesional. Estimo que la distinción no tiene razón de ser. Solo cuando el error científico es grave hay culpa, antes no... No cabe duda de que existe responsabilidad en el médico que causa un daño por ignorancia inexcusable, no en quien no estaba al día en el último descubrimiento científico. En quien no adopte las precauciones indispensables, no en quien no practica todos los exámenes y pruebas. En quien emplea medicamentos en los cuales es de conocimiento general que causan daño a determinados pacientes, no en quien emplea un medicamento que muy pocos médicos sabían que causaba daño..." (91).

El legislador es claro al establecer en el artículo 1045 del Código Civil una responsabilidad general, es decir, una responsabilidad dirigida a todas las personas sean o no profesionales. Además como se puede observar el legislador nunca estableció grados de la culpa, sencillamente establece el principio de que "Todo aquél que por dolo, falta, negligencia o imprudencia, causa a otro un daño, está obligado a repararlo junto con los perjuicios" (92). Creemos que el legislador quiso dar un amplio margen de acción al juez en su labor valorativa, porque pudiera ser que una falta leve a un reglamento o a la diligencia pudiere causar un daño de gran magnitud; o bien podría suceder que a pesar de que el médico

actuó con gran imprudencia, el paciente no sufriera ningún daño. Con ello queremos decir que la culpa del médico no debe verse aisladamente, sino más bien, en relación con el daño causado. Creemos que en lugar de decidir a priori si fue una culpa leve o lata, debe invertirse el orden del análisis; es decir, debe estudiarse primero el daño (su magnitud) para luego pasar a analizar el origen del mismo, sea si es producto de una culpa leve o lata; que en todo caso, de acuerdo con el fin teleológico de la norma del artículo 1045 del Código Civil, todo daño siempre debe indemnizarse, sin importar el grado de la culpa con que fue causado.

El elemento objetivo de la malpraxis consiste en que el actuar del médico haya provocado un daño en el cuerpo o en la salud. Este es uno de los elementos más importantes que hace surgir la responsabilidad médica, porque la indemnización derivada de la responsabilidad es precisamente la reparación del daño causado (2).

Existe relación de causalidad cuando el daño es consecuencia directa del actuar culposo (2).

La relación causa-efecto puede ser establecida mediante los postulados del "Res Ipsa Loquitur" —RIL—, que significa: los hechos hablan por sí mismos; cuyos postulados fueron expuestos en 1941 por William L. Prosser, según los cuales:

- A. La situación no se habría producido de no haber mediado negligencia del médico;
- B. Éste tuvo bajo su exclusivo control la manera de haber impedido su producción;
- C. En la causa del daño corporal no intervino acción voluntaria o contribuyente alguna de parte del paciente" (85).

Los anteriores postulados son bastante claros y útiles a la hora de valorar los hechos y el daño; solamente deseamos aportar que en el punto A debe utilizarse el término culpa en lugar de negligencia, por ser la primera más amplia; y en el punto C debe eliminarse la palabra corporal para abarcar todo tipo de daño.

C. DEBERES DEL MÉDICO.

La deontología es el estudio de los deberes. Cuando hablamos de la deontología médica nos estamos refiriendo al estudio de los deberes de los profesionales en medicina, en el ejercicio de su profesión (75, 93).

Los deberes del médico han sido inspirados en la ley natural e insertos en la ley positiva (civil). Se ha inspirado en la ley natural por cuanto ésta protege la calidad de vida y preserva la dignidad del ser humano. La ley positiva es dictada por los hombres, por la suprema autoridad encargada de ello en un país. Mientras que la ley natural está orientada hacia el bien, la ley positiva o civil puede estar inspirada en el bien de la ley natural, pero también puede estar imbuida de cierto pensamiento torcido, mala intención, sed de venganza, conveniencia, etc. (75).

Existen dos tipos de valoraciones éticas: bueno y malo; siendo la primera el valor y la segunda el disvalor. La ética estudia desde el punto de vista filosófico la bondad o maldad de los actos del hombre. En cambio, la moralidad de un acto depende de si el sujeto la percibe como correcta o incorrecta. Existen acciones que pueden ser éticamente calificadas como buenas, pero moralmente inaceptables y viceversa; aunque en otros casos pueden coincidir la ética y la moral, siendo los actos buenos y aceptables o malos y reprochables (2).

Es por ello que algunos actos son fácilmente encasillables como buenos o malos, por ejemplo: el preservar la vida o el dar un tratamiento que perjudicará grandemente la salud del paciente. En cambio hay otros actos en donde es discutible el decir si son buenos o malos, verbigracia: la planificación familiar mediante métodos artificiales. Hay quienes consideran esto último como malo porque dicen que es ir en contra de la ley natural (75). Otros, en cambio, afirman que la anticoncepción artificial no va en contra de la ley natural, sino que es una forma de dominar la naturaleza (94). Creemos que depende del método de que se trate y de su mecanismo de acción, así estaremos ante un método de planificación familiar que evita la concepción entendida ésta como fecundación, en donde se daría un dominio de la naturaleza que sería considerado como bueno y aceptable, o si por el contrario, por tratarse de métodos que operan como microabortivos con el fin de planificar la familia, en ese caso, esos métodos serían malos o inaceptables. La planificación familiar en sí es buena porque busca mejorar las condiciones de vida de la familia, especialmente en el área de la salud; los que pueden ser buenos o malos son los métodos que se utilicen para ello. Dependiendo del mecanismo de acción de cada

método, éste será bueno o malo; aceptable o inaceptable de acuerdo con la ética y a las convicciones morales y religiosas.

En cuanto al médico, la solución de este problema debe trasladarse al plano de la conciencia; porque "La moral que se exige a los médicos no se impone, sino que está determinada por su propia conciencia, y su relación con el paciente debe estar imbuida de un alto grado de humanidad" (75,2).

Cada país tiene un Código de Moral Médica. El Código de Moral Médica de Costa Rica establece que el médico debe ser consciente de sus deberes sociales y profesionales hacia el paciente y la comunidad. Además de su compromiso de colaborar en toda política o campaña para mejorar la salud de las personas (95).

El Código de Moral Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica señala que el médico debe cumplir con los principios éticos de las declaraciones de Ginebra y de Helsinki (este último regula la investigación biomédica con sujetos humanos) aprobadas por la Asociación Médica Mundial. Además debe observar el Código de Ética Médica de las Naciones Unidas. La Ley General de Salud, la Ley de Trasplantes en seres Humanos y el Reglamento para las Investigaciones y Experimentaciones en Seres Humanos, contienen principios tomados de la Declaración de Helsinki (2, 95, 90, 96, 97).

Los médicos tienen deberes para con el paciente, con los colegas, en relación con las consultas y juntas médicas, con los profesionales afines, en materia de medicina social e instituciones de salud, entre otros. Nos interesa aquí referirnos solamente a los deberes del médico para con el paciente. Éstos se encuentran básicamente en los artículos del 10 al 33 del Código de Moral Médica, según el cual el médico debe:

- Respetar la vida humana.
- No revelar el secreto profesional, salvo los casos en que la ley lo releve del mismo.
- Tratar con la misma responsabilidad y respeto a todos sus pacientes.
- No debe ejercer su profesión en condiciones que puedan comprometer la calidad de los cuidados y de los actos médicos, salvo en casos de emergencia.
- Deber de asistencia, fuere cual fuere su función o especialidad en los casos de emergencia en que el en-

fermo se encuentra en peligro inmediato.

- No debe abandonar a sus enfermos, excepto en situaciones en que peligre su propia vida.
- Desde el momento en que toma el caso, el médico está obligado a brindarle de inmediato todos sus cuidados médicos en su poder, personalmente, o mediante la ayuda de terceras personas calificadas.
- Con las excepciones que establece la ley, el médico está obligado a informar a sus pacientes sobre el riesgo presente o eventual de cualquier medicamento o procedimiento médico o quirúrgico, y no debe emprender ninguna acción sin el consentimiento del enfermo, o de las personas de las cuales éste depende, si es menor de edad o está incapacitado jurídicamente, exceptuados los casos de absoluta imposibilidad y urgencia.
- El médico puede desligarse de su misión, a condición de: A) No hacer daño a su enfermo; B) asegurarse de la continuidad de sus cuidados y de dar, a este efecto, los informes útiles a quien asuma la responsabilidad del caso; y C) Que el enfermo o sus responsables legales se lo soliciten por escrito.
- Ante un parto distócico, el médico debe actuar en defensa de los intereses tanto de la madre como del hijo, sin dejarse influir por otras consideraciones.
- Todo acto profesional que se haga en forma apresurada y deficiente, se debe considerar como reñido con la ética.
- Deber de respetar las ideas religiosas del paciente. Se puede retirar en caso de que tales ideas sean perjudiciales para un buen tratamiento.
- El pronóstico grave puede legítimamente, ser mantenido en reserva al enfermo. Un pronóstico fatal no le puede ser revelado, si no es con la mayor circunspección; pero la familia sí debe ser informada excepto que previamente el paciente lo haya prohibido.
- No debe abandonar a su paciente por el hecho de ser incurable su enfermedad o estado.
- En el caso de que el médico haya sido nombrado como experto o perito en determinado caso, debe informar de ello al paciente antes de

examinarlo; haciéndole ver que como tal debe rendir su informe.

- El médico está obligado a extender una epícrisis (juicio científico de una enfermedad) cuando así lo solicite su paciente. Los expedientes médicos pertenecen al profesional.
- El médico tiene derecho a no prestar sus servicios por razones profesionales o personales, salvo los casos de urgencia y los casos en que está obligado por humanidad (95).

El actual Código de Moral Médica no tiene ninguna norma relativa a la prescripción de métodos anticonceptivos; es por ello que tal decisión ha sido dejada a la conciencia de cada médico. Por esta razón es que existen médicos que se niegan a prescribir métodos reñidos con la moral como los dispositivos intrauterinos y la píldora para después del coito. Otros evitan el recomendar cualquier tipo de anticoncepción artificial por razones religiosas. Algunos otros recetan anticonceptivos sin hacerse ningún tipo de cuestionamiento moral ni religioso.

El Juramento de Hipócrates tiene una frase en la cual el médico se compromete a no introducir "...a una mujer una prótesis en la vagina para impedir la concepción o el desarrollo del niño" (75).

A diferencia del actual Código de Moral Médica, el anterior (1970) en la sección XIX establecía que: "1) El médico tiene el derecho y, en caso de embarazo gravemente contraindicado, la obligación de proporcionar a los matrimonios la información respecto a procedimientos o técnicas que permitan una regulación de la natalidad. 2) En ningún caso forzará a nadie a seguir determinado método. 3) Son procedimientos anticonceptivos inadmisibles el aborto y el infanticidio, métodos que el médico debe combatir claramente en la conciencia de sus pacientes" (98).

Creemos necesario que el Código de Moral Médica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica regule de manera expresa el deber de información que tiene el médico hacia su paciente en relación con la anticoncepción. Debe introducirse una norma en la cual se establezca la obligación del médico de proporcionar a las parejas o a las personas que de manera individual así lo soliciten, una información clara, completa y verdadera acerca de los procedimientos y técnicas anticonceptivas (2). Para este efecto sugerimos reformar el actual Código de Moral Médica, tomando como base el

Código de Moral Médica de 1970; deben modificarse los incisos 1 y 3 (arriba citados), para lo cual sugerimos la siguiente redacción:

1. El médico tiene el deber, en caso de que él o la paciente (individualmente o con su pareja) desee planificar su familia, de proporcionar información clara, completa y verdadera sobre los métodos anticonceptivos existentes.
2. En ningún caso forzará a nadie a seguir determinado método.
3. Son inadmisibles como procedimientos anticonceptivos el aborto y el infanticidio, actos que el médico debe combatir claramente en la conciencia de sus pacientes.

La Ley General de Salud (artículo 10) incluye dentro de las actividades del Ministerio de Salud, el promover la educación sexual y la planificación familiar (90).

D. EL ACTO MÉDICO.

"El acto médico puede consistir en anunciar, prescribir (indicar), administrar o aplicar métodos o procedimientos encaminados a preservar la salud, recuperarla o procurar bienestar físico o estético por estos medios" (2).

Al surgir la relación médico-paciente es cuando nace el acto médico. El médico puede realizar básicamente tres actos médicos: el interrogatorio, el examen clínico y el tratamiento (75, 84).

Una vez que el paciente ha buscado al médico y éste acepta hacerse cargo del caso, el médico debe proceder a hacerle el interrogatorio y a confeccionar la historia clínica. Al interrogarlo el médico le debe dar un trato afable, correcto, respetuoso y verlo como alguien que necesita de su ayuda; no debe burlarse ni perder la paciencia, de esta forma el médico se ganará la confianza del paciente (75).

El interrogatorio debe contener preguntas relativas a su nombre completo, edad, estado civil, malestar que siente (síntomas), tratamientos u operaciones que ha recibido o que está recibiendo, indicar los medicamentos que ingiere, si ha estado o está en control con otro(s) médico(s), si es adicto a alguna droga o tiene algún vicio; en general todas aquellas preguntas que el médico considere

prudentes y necesarias para poder hacer el diagnóstico del caso.

En el caso de la mujer, el hombre o la pareja que desee planificar su familia, el médico debe preguntar además de lo anterior, si tienen hijos (cuántos y edades de cada uno), si tiene o no una relación estable con su pareja, si su pareja comparte el deseo de planificar y si cuenta con su cooperación al respecto, si existen casos de enfermedades hereditarias en su familia, qué métodos ha utilizado y los resultados de los mismos, es decir: ¿Fueron eficaces, aceptables, reversibles e inocuos? En caso de que se hayan sufrido efectos secundarios, el médico debe pedir a su paciente que le detalle cuáles fueron. También se debe preguntar la razón por la cual dejó de usarlos, o si por el contrario es la primera vez que los va a utilizar.

El médico debe escuchar atentamente y con cuidado todas las respuestas de su paciente y consignarlas en la historia clínica. Esta última es el instrumento con el cual el médico elabora el diagnóstico, fundamenta el pronóstico, consigna el tratamiento y la evolución del paciente. Es importante que el médico llene correctamente la historia clínica y con datos verídicos, porque la misma es una prueba muy importante en los casos de malpraxis; recuérdese que la inserción de un dato falso en ella constituye el delito de falsificación de documento. El expediente clínico es un documento privado (84).

El examen clínico es el segundo acto médico; debe ser muy detallado y completo. El médico debe hacer los exámenes completos y si fuere necesario, debe solicitar exámenes adicionales con otros profesionales como los microbiólogos, los radiólogos, etc. Este examen clínico debe realizarse con delicadeza, para no maltratar especialmente en los casos en que el paciente se queja de dolor o molestia (75). Por ejemplo: al hacerle el examen clínico a una mujer que desea utilizar una copa cervical, un dispositivo intrauterino, anticonceptivos orales u otros, debe hacerle el examen ginecológico de rutina, es decir, examen de mamas y el papanicolau, si es necesario debe tomar la medida y dirección del útero. Además debe pedir al laboratorio exámenes de sangre para ver si hay diabetes, descartar alguna infección, ordenar un hemograma y cualquier otro examen que considere pertinente. También puede suceder que la paciente muestre síntomas de una incrustación o perforación uterina, caso

en el que será necesaria una prueba de rayos X para ubicar el DIU. En otros casos podrá necesitarse de un electrocardiograma para analizar si el corazón se ha afectado por el uso prolongado de los anticonceptivos hormonales (orales o inyectables). Todos estos exámenes ayudan al médico para que éste pueda elaborar mejor su diagnóstico, pronóstico y evaluar qué tipo de tratamiento es el más conveniente para el paciente.

El tercer acto médico es el tratamiento, éste es sagrado porque del mismo depende la evolución de la enfermedad. "En este acto el médico no debe admitir interrupciones, debe concentrar su entendimiento, su memoria, sus conocimientos, y si ha olvidado el nombre de un medicamento que lo considere insustituible, con franqueza decirle al paciente que va a consultar antes de prescribir la medicina. Hoy en día hay drogas tan activas que pueden ser tan peligrosas que compliquen o produzcan la muerte si las dosis no están bien determinadas" (75).

El tratamiento puede consistir en la ingestión de un medicamento, o en el tener que practicarle al paciente algún tipo de intervención quirúrgica, incluso a veces de emergencia, o en tratamientos bajo cierto tipo de equipo como los rayos láser, bomba de cobalto, etc. Lo importante es tener presente que el médico es el experto, y es quien mejor sabe qué tipo de tratamiento es necesario aplicar; por eso el médico debe hacer conciencia de ello y actuar con todo el cuidado posible y el paciente debe seguir las instrucciones de su médico al pie de la letra, salvo cuando al seguir esas instrucciones sienta que su salud se deteriora más, caso en el que deberá reportarlo al médico para que éste cambie o modifique el tratamiento.

Es importante resaltar el deber de informar al paciente acerca de cuál es el origen de su padecimiento, el estado de evolución del mismo y las posibilidades de curación mediante el tratamiento, las implicaciones de éste y otras posibles opciones de curación. Además debe explicarle qué es lo que sucederá en caso de que decida no tratarse. De esta forma el paciente podrá dar su consentimiento informado y preferiblemente por escrito al médico. El consentimiento es obligatorio que sea por escrito en los casos de intervenciones quirúrgicas, como por ejemplo: la esterilización femenina o masculina.

Esto es importante, porque en algunos casos el consentimiento del dere-

chobante constituye una causa de justificación que el médico puede alegar para eximirse de su responsabilidad. "El fundamento para aceptar esto es como afirma Jescheck, un asunto de política jurídica. El sujeto al ser titular de ciertos bienes jurídicos, puede disponer de ellos, con los límites establecidos por las valoraciones de la comunidad que son superiores a él. De manera que: A) El consentimiento debe versar sobre objetos o bienes en los cuales la comunidad acepta la posibilidad de ser objeto de consentimiento (caso del consentimiento para violar la integridad física de una persona, con la finalidad de beneficiar la salud o vida, propia o de otro); B) el consentimiento debe ser dado por un sujeto capaz de darlo; C) debe tratarse de un consentimiento informado; D) el consentimiento debe ser expreso (salvo los casos de consentimiento tácito); E) el consentimiento debe ser previo; F) debe estar libre de vicios de la voluntad; G) es revocable en cualquier momento" (2, 99, 100, 87, 101, 102, 103, 104, 105, 106).

En el caso de los anticonceptivos el médico debe informar a su paciente sobre cuál es a su juicio, el método anticonceptivo más apropiado en su caso; exponerle la eficacia del mismo, los efectos adversos y las posibilidades de reversibilidad. Además debe explicarle cuáles anticonceptivos están contraindicados absolutamente en su caso, cuáles de manera relativa y las razones. También debe sugerirle otras opciones posibles, o bien explicarle las consecuencias de un nuevo embarazo, si es que se encuentra total o parcialmente contraindicado de manera que pueda comprometer de manera seria la vida o salud de la madre y del niño.

El médico debe informar a su paciente después de realizado el o los exámenes clínicos y antes de prescribirle el tratamiento. Este último debe ser aceptado por el paciente voluntariamente, ya que el médico no puede obligar a ningún paciente a seguir determinado tratamiento.

Bien expuso el Dr. López Varela que: "El acto médico viene a ser un acto sagrado que dignifica al médico, puesto que va dirigido a proporcionar bienestar a sus semejantes, a preservar la vida y la dignidad del ser humano. Debe el médico realizarlo con el respeto, y la elevación del que sabe que en sus manos está de por medio una vida, que ha jurado respetar y salvar, agotando todos sus esfuerzos, todos sus conocimientos y todo sacrificio personal; para el cual se ha pre-

parado desde las aulas de la escuela, durante varios años de consciente preparación académica y de formación moral, para que cuando tenga que realizar los actos médicos piense seriamente en la responsabilidad del acto mismo y en la moralidad que debe encerrar" (75).

E. LÍMITES DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA.

Para valorar una malpraxis el juez debe analizar primero los límites de la responsabilidad del médico. Así como no podemos aceptar la irresponsabilidad absoluta del médico, tampoco podemos aceptar la responsabilidad ilimitada del mismo (107); esto porque la obligación que asume el médico es de medios y no de resultados (108, 2, 109, 86, 76, 107, 83). El médico se compromete a tratar al paciente con el mayor cuidado, diligencia y pericia posible; acatando los reglamentos y las reglas del arte médico, pero bajo ninguna circunstancia puede prometer o asegurar un resultado final.

Al médico se le exige estar al día en los conocimientos científicos en la medida de sus posibilidades, debido a que por razones sabidas son muy diferentes las condiciones en que se ejerce la medicina dependiendo de la ubicación geográfica o medio en el que el médico ejerce su profesión. Obviamente los países desarrollados cuentan con más recursos, mejores salarios, material y equipo técnico, medicamentos, mayor acceso a la información y a los medios respecto a los últimos adelantos científicos, etc. Los países en vías de desarrollo cuentan con recursos más limitados inclusive en el área de la salud, que es el área de mayor importancia para el mantenimiento de una comunidad. También vemos cómo el médico que ejerce su profesión en las zonas capitalinas o ciudades grandes, cuenta con mayores y mejores recursos en relación con los medios con que cuenta el médico de los pequeños poblados; por ejemplo: mayor disponibilidad de médicos especialistas, hospitales con personal y equipo apropiado, farmacias que cuenten con suficientes y variados medicamentos, ambulancias, personal paramédico, vías de comunicación, etc.

Considera el Dr. Francisco Castillo que las reglas del arte médico pueden establecerse de dos formas. La primera es utilizando un criterio formal (sostenido por la vieja doctrina) según el cual, un médico actúa de acuerdo con las reglas del arte médico, si su actuar corresponde

al que hubiera tenido, de acuerdo con su conciencia, un médico medio. Este criterio formal tiene la desventaja de que toma como base un arquetipo ideal de médico, que en la realidad fáctica no existe. La segunda forma es analizar los criterios de ciencia, experiencia y ética profesional; además de algunas otras variables como el lugar de los hechos (clínica u hospital, sean públicos o privados), el instrumental y equipo con el que se contaba, analizar si se trataba de una operación o tratamiento común, delicado o de emergencia. El Dr. Castillo considera que es la segunda forma la que se debe utilizar a la hora de valorar si existió o no una malpraxis médica; porque esta posición toma en consideración las tres características de la actividad médica como lo son: 1) El fin: diagnóstico, curación, alivio, prevención o investigación (para fines de curación del enfermo) de un mal físico o psíquico; 2) Los medios utilizados se ajustan a las reglas del arte médico de acuerdo con el caso concreto; 3) Los conocimientos, las técnicas aprobadas por la ciencia médica y la ética que encierra el acto médico, de acuerdo con los Códigos de Moral Médica. Es decir, afirma, que las reglas del arte se definen como criterios objetivos y válidos de métodos establecidos por los círculos médicos oficiales u oficializados (99).

Señala Castillo, lo cual compartimos, que al valorar una malpraxis, específicamente al determinar la conformidad de los actos del médico a las reglas del arte, debe realizarse un juicio *ex-ante* y no *ex-post*. Porque hay que ponerse en la situación en la que el médico se encontraba; es decir, hay que analizar los elementos con los que él contaba antes de realizar el acto médico. Esto es lo más justo. Es al Colegio de Médicos y Cirujanos a quien le corresponde definir las reglas del arte médico. Agrega finalmente, que no es necesario abstraer al médico del Código Penal, como pretenden algunos con el proyecto de ley de malpraxis (99, 110, 111, 112, 113, 114). Proyecto que de acuerdo con la resolución de Corte Plena celebrada el 21 de mayo de 1984, artículo XL, es inconstitucional (2, 115).

Otro límite a la responsabilidad del médico es la culpa del paciente. Nada se gana con que el médico atienda al paciente y le prescriba el mejor tratamiento, si el paciente decide no obedecerlo. Aquí no hay responsabilidad del médico, porque se rompe la relación de causalidad entre el actuar del médico y la producción

del resultado; ya que la relación de causalidad más bien se establece entre el actuar del paciente y el daño. "El desenlace infortunado puede ser obra exclusiva de la conducta del enfermo, daño imputable a su propia culpa. Son los casos de pacientes que no acatan la prescripción médica; que se apartan a sabiendas o por desidia, del tratamiento; que abandonan al médico" (76).

Puede suceder también, que el daño sea producto de una concurrencia de culpas; o sea que la culpa del médico concurre con la del paciente. En este caso, la solución que actualmente se sigue en Derecho (de acuerdo con la doctrina) es hacer una distribución equitativa y razonable entre la responsabilidad del médico y la responsabilidad del paciente; para ello se debe "1) Averiguar en qué medida una y otra conducta coadyuvaron a la producción del resultado; esa medida puede ser igual o distinta. Si fuere, por ejemplo, en medidas iguales, el médico sólo habría de soportar el cincuenta por ciento de los daños sufridos por el enfermo; 2) desentrañar de los hechos el margen de culpa de cada parte, para distribuir en función de la gravitación de cada culpa, o bien en proporción a la gravedad de las culpas concurrentes" (76).

Veamos cómo, si el médico le ha prescrito a una mujer gestágenos orales o inyectables, le ha colocado un dispositivo intrauterino, practicado una esterilización quirúrgica, o le ha recetado a colocar las esponjas o las copas cervicales, de nada sirve que el médico despliegue su acto con mucho cuidado y pericia, si la mujer decide no seguir al pie de la letra las instrucciones de su médico. Puede suceder que luego de insertar un DIU a una mujer, su cuerpo lo tolere durante dos años, pero luego de ese tiempo la mujer empieza a sentirse mal, omite reportarlo al médico a pesar de que éste le indicó bien claro que debía visitarlo una vez al año (por lo menos) para realizarle exámenes de rutina y para controlar el dispositivo intrauterino; ver si es necesario reemplazarlo por otro (dispositivos activos) o analizar si es necesario extraerlo por motivos de salud (en el caso de que hubiesen surgido efectos adversos). Además de ello, la mujer no sigue una rutina de limpieza adecuada, de acuerdo con lo que el médico le ha explicado; presentándosele a la mujer una infección en el útero. Ella visita al médico cuando ya no soporta los dolores de una

infección ya propagada a toda la zona abdominal; el médico intenta combatir la infección mediante antibióticos potentes sin ningún resultado, siendo entonces necesario extirparle el útero (foco de infección) con la consecuente esterilidad ulterior. ¿Es el médico responsable de este resultado? o más bien, ¿existe la culpa de la paciente? Corresponderá a los jueces el resolver esta controversia jurídica; ellos deberán analizar si hubo o no malpraxis, o si por el contrario fue culpa de la paciente (lo cual eximiría al médico), o si se trató de un daño causado por culpas concurrentes de ambos.

Es por ello que no debemos delegar toda la responsabilidad de la curación al médico; el paciente asume un papel importante como colaborador del médico en el tratamiento y curación de su enfermedad. A su vez el médico debe recordar la gran responsabilidad que implica el acto médico que ha de ser realizado con todo el cuidado, diligencia y prudencia posibles, observando los reglamentos.

II. RESPONSABILIDAD DEL FARMACÉUTICO.

Hemos discutido ampliamente sobre el rol tan importante que desempeña el médico al aconsejar al(los) paciente(s) sobre el método anticonceptivo adecuado para el mismo. Pese a la obvia necesidad de buscar el consejo de un profesional en medicina cuando tomamos una decisión de tanta relevancia en nuestras vidas como es la de planificar una familia, desafortunadamente hoy día, es una costumbre arraigada en nuestra sociedad el acudir en última instancia al médico. Es común, encontrar personas quienes después de consultar con sus vecinos o familiares acuden directamente al farmacéutico a comprar un medicamento, el cual pese a que sólo debiera venderse bajo receta médica, como sucede con los anticonceptivos orales y los dispositivos intrauterinos, está a su alcance.

El Código de Ética Farmacéutica señala entre los deberes del farmacéutico, el impedir que personas no autorizadas recomienden o expendan medicamentos de uso restringido por la ley o que no son de venta popular (116). De modo que el farmacéutico es el único autorizado para el despacho de recetas y es quien debe atender personalmente a pacientes que requieren de su consejo profesional (2).

Para el despacho de recetas hay una serie de requisitos que enumera el Regla-

mento General de Hospitales Nacionales entre los que se encuentran los siguientes:

Las recetas se prescribirán de puño y letra del médico tratante en formularios contra cuya presentación la farmacia procederá a su despacho. La receta debe indicar por lo menos: fecha, nombre del paciente, edad, servicio a que corresponde, medicamento prescrito, cantidad del mismo e indicaciones para su uso y firma del médico responsable. En pacientes de consulta externa deberá además anotarse la edad y las indicaciones para el uso del medicamento. Cada prescripción que se despacha debe quedar registrada en la farmacia anotándose el número de orden, fecha, indicaciones y nombre del médico responsable (117).

A una paciente que desea comprar algún método anticonceptivo, de los que sólo deben venderse bajo prescripción médica, inexcusablemente debe negársele su venta si no cuenta con ella.

Sin embargo, en la práctica es poco conocido por nuestros farmacéuticos el Decreto Ejecutivo N° 11 de 1964 (118) que prohíbe la venta libre de los anticonceptivos orales y en ocasiones aun cuando este sea conocido, se procede a su venta pasando por alto este requisito (2). No existen en nuestro país mecanismos de control para hacer cumplir este decreto. "El Estado no facilita los medios económicos, tecnológicos y legales que garanticen la venta de anticonceptivos orales solamente bajo receta médica... El Estado debe suministrar los medios económicos y tecnológicos al Ministerio de Salud; por ejemplo: es más rápida y segura la información si se tiene computarizada. La salud de la población debe tener prioridad en las metas de los gobiernos" (2).

Debido a que es necesario que se exija prescripción médica en el caso de los anticonceptivos inyectables, los dispositivos intrauterinos, las copas cervicales y los diafragmas, por ser métodos que únicamente el médico, quien ha examinado a la paciente y conoce su estado de salud, puede prescribirlos, es necesario que se cree una nueva contravención en el Código Penal costarricense, a fin de que se sancione a quien vendiese estos métodos sin la debida receta.

En ocasiones se acude al farmacéutico pues se le puede consultar con mayor facilidad que al médico y de manera gratuita. Él está en el deber, de acuerdo con su Código de Ética de informar a sus

pacientes sobre el riesgo presente o eventual de cualquier medicamento (116), función que aunque en el caso de los métodos anticonceptivos debería estar suplida por el médico, viene a complementarse con la intervención del farmacéutico quien incluso puede negarse a la venta de un medicamento, aun cuando haya prescripción si la dosis le parece inadecuada. De acuerdo con la Ley General de Salud solo podrán prescribir medicamentos los médicos, y solo podrán despachar recetas de medicamentos los farmacéuticos. Estos últimos tienen la obligación de rechazar el despacho de toda receta que no se conforme a las exigencias científicas, legales y reglamentarias (90).

En un informe del Colegio de Médicos y Cirujanos se señala que ese artículo es claro y establece las obligaciones y responsabilidades del farmacéutico, quien está en la obligación de rechazar el despacho de cualquier receta que no se adecue a lo exigido. Debe tenerse presente que la Ley General de Salud es una ley de orden público y este artículo obliga al farmacéutico a rechazar la receta cuando ésta no cumple con las exigencias científicas, legales y reglamentarias (119).

Por otro lado, en respuesta a una consulta hecha a la Caja Costarricense de Seguro Social se señala que cuando el producto o medicamento es pedido y no va especificada la forma como se va a administrar, el farmacéutico está en la obligación de advertir al médico que una dosis excesiva puede ser peligrosa (120). En este caso debe negarse a vender el medicamento.

Sobre el papel que desempeña el farmacéutico en materia de planificación familiar, la Dra. Beatriz Badilla señala que éste es el único profesional que a una persona sexualmente activa puede hablarle sobre los métodos anticonceptivos de venta libre, favoreciendo al paciente en lo referente a su bienestar físico, mental y social. La información al paciente es un papel importante del farmacéutico, la cual va dirigida a los usuarios de los medicamentos en la farmacia de comunidad. El farmacéutico de comunidad debe plantearse dos objetivos: la educación y la información al paciente, siendo la forma más frecuente de educación, el consejo al paciente, a fin de que le dé buen uso a los medicamentos prescritos, así como a los de libre venta. Los consejos que se den en materia de contraceptivos deben ser muy claros, organizados y el farmacéuti-

co debe asegurarse de que va a tratar los puntos más importantes. Así, por ejemplo en lo que se refiere a los anticonceptivos orales debe educarse a la paciente en cuanto a modificar algún patrón de su actividad diaria que le permita recordar la toma de dicho medicamento. Debe concientizársele acerca de la importancia de no tomar un medicamento de este tipo sin antes ser vista por un médico que le haga un examen general y le establezca su historia clínica, en especial los antecedentes de hipertensión o diabetes que pudiere tener. Debe indicársele además, que debe hacerse anualmente un examen de papanicolaou y ser vista por su ginecólogo por lo menos con esta frecuencia también. La educación en este sentido, da mejores resultados cuando se le hace a la pareja, pues de esta manera el compañero toma conciencia sobre los riesgos que conlleva el tratamiento pudiendo tomar en algunos casos la iniciativa de suspender por algún tiempo dicho método y cambiarlo por uno mecánico. Señala además la Dra. Badilla que no es tan importante describir a la paciente detalladamente el mecanismo de acción de los anticonceptivos, existiendo un punto en el que se debe hacer énfasis y es en cuanto a las tabletas trifásicas, respecto de las cuales debe explicárseles las diferencias de color (121). Esto debido a que las píldoras trifásicas contienen tres tipos diferentes de píldoras, con diferentes cantidades de estrógeno y progesterona, y por lo tanto requieren de atención especial por parte de la paciente que las ingiere.

Es importante explicar el mecanismo de acción de un método, porque como ya se dijo algunos métodos son anticonceptivos, otros aunque bajo ese nombre son en realidad métodos abortivos y hay otros en los cuales todavía existe duda acerca de cuál es su verdadero mecanismo de acción. Pero en todo caso creemos que el o la usuaria tiene derecho a una información clara, completa y verdadera que incluya una referencia al mecanismo de acción para que así esté en condiciones de tomar una decisión y de dar su consentimiento informado.

El farmacéutico también debe informar a la paciente sobre algunos síntomas que pueden aparecer y que pueden ser indicativo de que están apareciendo problemas mayores, así como qué hacer si se ha olvidado tomar una tableta (121).

"La importante labor de informar al paciente no debe delegarse al farmacéutico, pues este debe ser un objetivo a

cumplir durante la visita al médico. Sin embargo, sabemos que no siempre se acude a la farmacia con una prescripción médica, para comprar un método anticonceptivo y aún así éstos se le venden a quien acude a comprarlos, de ahí la importancia de concientizar al farmacéutico de su deber de dar la información más completa posible al paciente" (2).

Es necesario que se creen mecanismos de efectividad que permitan se dé una buena relación entre médico y farmacéutico. Reiteramos por tanto la proposición hecha en nuestra tesis de grado, titulada "Los anticonceptivos orales y los dispositivos intrauterinos: su problemática médico-legal" (2) en el sentido de que se elabore una fórmula oficial de despacho de medicamentos, la cual utilizarían tanto los médicos del sector privado como los del sector público y la cual consistiría en un talonario exclusivo para cada médico, numerado y foliado, que facilitaría el Ministerio de Salud. Ésta contendría la información básica necesaria para que el farmacéutico pueda evaluar la conveniencia o no de su despacho, e iría con copia al carbón que el médico agrega al expediente clínico de su paciente remitiendo el original a la farmacia correspondiente (2).

El uso de esta fórmula puede ser beneficioso tanto para los farmacéuticos como para los médicos, pues les permite actuar de una manera más rápida y efectiva, pues el médico por su parte señala las enfermedades o predisposiciones que tiene el paciente, y al farmacéutico se le proporciona un cuadro más completo sobre el estado de salud de éste.

Es importante que el paciente firme esta fórmula, pues pese a que a la elaboración de ésta precede una consulta en que el médico ha examinado al paciente, no es sino más que este último quien puede dar información sobre sus hábitos, vicios, o sus antecedentes patológicos, no pudiéndose responsabilizar al médico, respecto a la veracidad o falsedad de dicha información. Ello porque hay datos que el médico puede constatar en la consulta como el peso y ciertas enfermedades, pero hay otra información en que el paciente puede engañar a su médico, por ejemplo la edad y los vicios.

Instamos por este medio al Ministerio de Salud y a los respectivos colegios para que colaboren en la realización de este proyecto que beneficiaría al paciente, al médico y al farmacéutico.

En cuanto a los métodos anticonceptivos de venta libre como lo son: el PG/53

Fertility Tester, las esponjas, los espermaticidas y el condón, el farmacéutico no debe negarse a dar información sobre los mismos si ésta es requerida. "Con respecto a los productos de venta libre, ellos son bastante efectivos pero es necesario usarlos correctamente y consistentemente. Los condones, siendo un método tan efectivo, en nuestro medio aún están rodeados de cierto misterio y cierta situación en la que a veces nos vemos envueltos, y esto no debe ser. Debemos tomar una actitud de naturalidad al despacharlos e instruir a nuestro personal a cargo para que la adquieran y hagan sentir bien al paciente y si es del caso puedan darle

confianza para que pregunte o elimine las dudas que hasta ahora tiene.

En nuestra labor diaria en la farmacia de comunidad nos damos cuenta de la necesidad tan grande que tienen nuestras mujeres de ser mejor educadas y de tener un mejor conocimiento de los métodos de planificación o de contracepción. Los farmacéuticos podemos ayudar a cubrir este vacío y con ello no solamente estaremos dando un importante servicio, sino que nuestra comunidad y nuestra mujer nos lo agradecerá" (121).

Existen otros dos métodos de barrera, los cuales consideramos que sólo deberían venderse bajo prescripción médi-

ca: el diafragma y la copa cervical, pues como dijéramos en la primera parte de este artículo requieren de aprendizaje por parte de la paciente y exámenes ginecológicos a fin de detectar posibles contraindicaciones y determinar la medida que se debe usar, siendo el médico el único indicado para realizarlos.

En cuanto a la deontología farmacéutica, el actuar del profesional en farmacia está regido básicamente por los mismos principios que rigen la conducta del médico. "Los dos procuran velar por un bien fundamental cual es la preservación de la salud de la paciente, uno prescribe y el otro despacha, pero ambos deben desempeñar su labor concienzudamente, pues ambos son responsables cuando se desencadena un resultado indeseado en el paciente, por un actuar negligente de uno, del otro o de ambos" (2).

El Código de Ética Farmacéutica publicado en La Gaceta N° 144 del viernes 1° de agosto de 1986 establece en su introducción que "el ejercicio actual de la farmacia requiere contar con normas y procedimientos que enmarquen la profesión dentro de los mejores preceptos éticos y morales en beneficio de la salud de la población costarricense..." (116).

Entre los deberes de los farmacéuticos con los pacientes están los siguientes:

El farmacéutico no debe revelar cuanto vea, oiga o descubra en el ejercicio de su profesión, ni discutir en público asuntos relacionados con enfermedades de los pacientes y su tratamiento, obligándose así a mantener el secreto profesional salvo en el caso en que sea requerido por ley (enfermedades denunciadas).

Si mediare petición del paciente el farmacéutico debe mantener el secreto aun con los miembros de su familia, excepto cuando se tratare de menores o cuando la salud de terceras personas esté involucrada.

Las relaciones del farmacéutico con los pacientes no son solamente de tipo profesional, sino que abarcan también los ámbitos moral y social sin deberse hacer distinciones entre ellos.

Constituye falta grave, la participación de utilidades hecha con conocimiento del paciente o de sus familiares entre el farmacéutico y cualquier otro profesional del área salud.

El farmacéutico está obligado a denunciar los malos procedimientos que puedan perjudicar la salud pública realiza-

dos en el campo en que presta sus servicios.

Todo acto profesional que se lleve a cabo en forma apresurada y deficiente, se debe considerar reñido con la ética, ya sea que se actuare así por motivos personales o administrativos (116). De ahí la importancia de que el farmacéutico esté consciente de la gran responsabilidad que tiene al despachar medicamentos, para lo cual debe tomarse el tiempo necesario requerido por cada paciente.

También se consagra dentro de los deberes del farmacéutico el deber de información por parte del mismo, que hemos discutido.

Este Código aunque de manera bastante general establece los deberes del farmacéutico, y abre el camino para que se le empiece a dar la relevancia que merece la deontología farmacéutica, tema que apenas empieza a desarrollarse.

III. NECESIDAD DE CONSAGRAR EL DERECHO A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN NUESTRA CONSTITUCIÓN.

Pese a que incide directamente sobre el individuo, el derecho a la planificación familiar pertenece a la categoría de los derechos económico-sociales. De ahí la necesidad de que el Estado propicie cualquier actividad necesaria para que la persona ejerza este derecho. "En el Estado costarricense es posible percibir cómo a partir de la proclama de la familia como elemento natural y esencial de la sociedad, que merece toda protección por el numeral 51 constitucional, se sienta un principio que compromete al Gobierno en cuanto al derecho humano a la planificación familiar, que al conjugarse con otras normas que garantizan la igualdad, el respeto a la dignidad humana y otros, no permiten la discriminación de ninguna especie, pudiendo incluso demandar una adecuada educación y medios reales que le permitan a cada individuo ejercer este derecho, siendo el Estado el vigilante y ejecutor de los programas que pretendan la realización del mismo..." (2).

El derecho a la planificación familiar, es el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y su debido espaciamiento, teniendo libre acceso a la información, educación y medios necesarios para ejercerlo, así como el derecho a que el individuo sea protegido de eventuales abusos por parte del Estado, como por ejemplo una imposición guber-

namental de políticas natalistas o antinatalistas que violen el derecho del individuo de planificar su familia libremente. Por lo tanto, es necesario que se consagre este derecho en nuestra Constitución Política. Por ello proponemos se incluya con el numeral 51, el siguiente artículo:

"Todo individuo tiene derecho a elegir el número y espaciamiento de sus hijos. El Estado tiene la obligación de dar y garantizar la información y educación necesarias y el acceso a los medios de planificación familiar como integrantes de los servicios de salud, que le permitan al sujeto el ejercicio de este derecho" (2).

Córrase la numeración de los artículos posteriores.

Finalmente debe señalarse que abogamos por la proclama del derecho a la planificación familiar y que para ello estamos a favor de los métodos anticonceptivos; es decir, aquellos que impiden la fecundación (unión del óvulo y del espermatozoide), no así de los métodos abortivos porque reconocemos que el derecho a la vida es superior a todos los derechos del hombre. Aquellos métodos que atentan contra la vida de un ser humano aunque sea en su etapa más temprana (blastocito) no son anticonceptivos sino más bien abortivos.

Luchemos pues por el derecho a la planificación familiar, sabiendo que este derecho busca mejorar la calidad de vida de la familia, pero respetando ante todo y como derecho fundamental el derecho a la vida ya concebida (35 y 36).

BIBLIOGRAFÍA.

- MARAFASH, *Evitar el embarazo. ABC de la anticoncepción*, Madrid, Altalena Editores, S.A., primera edición en español, s.e., 1980.
- CALVO SOLANO, Silvia, MURILLO RODRIGUEZ, Yamileth y ZÚÑIGA MORALES, Sandra. *Los anticonceptivos orales y los dispositivos intrauterinos, su problemática médico-legal*, San José, Seminario de graduación para optar a la licenciatura en Derecho, Universidad de Costa Rica, Facultad de Derecho, Cátedra de Medicina Legal, tomos I, II y III.
- OEHMICHEN, M. y STAAK, M., *Fatal injuries to the unborn child, medicolegal aspects, in 7th World Congress on Medical Law*, Belgium Gent, 18-22, VIII, World Association for Medical Law, Reports I, 1985.
- SGAMBATTI, Sonia, *El aborto, aspectos historiográficos, legales, éticos y científicos*, Caracas, Ediciones de la Biblioteca de la Universidad Central de Venezuela, s.e., 1986.
- FERIN, J. y otros, *¿Liberalizar el aborto?*, Bilbao, Editorial Mensajero, s.e., 1974.
- GIUSTI, Ana, *Métodos prácticos anticonceptivos*, Barcelona, Editorial Bruguera, S.A., segunda edición, 1985.
- COHEN, Jean, KAHN-NATHAN, Jacqueline y otros, *Enciclopedia de la vida sexual, de la hixio-*

- logía a la psicología, Barcelona, Librería Argos, S.A., segunda edición, 1977.
8. JONES, Howard W., y SEEGAR JONES, Geirgeanne, *Tratado de ginecología de Novak*, México D.F., Nueva Editorial Interamericana, décima edición, 1987.
 9. ECHEVERRÍA MURRAL, Jorge y otros, *Educación sexual y familiar*, San José, Ediciones del Centro de Orientación Familiar, primera edición, 1976.
 10. VIEL, Benjamin, *La explosión demográfica*, México D.F., Editorial Pax-México, s.e., 1976.
 11. PRITCHARD, Jack A., MacDONALD, Paul C., y GANT, Norman, *Williams obstetricia*, México D.F., Salvat Editores, S.A., tercera edición, 1987.
 12. ASOCIACIÓN DEMOGRÁFICA COSTARRICENSE, *La planificación de la familia es un derecho humano*, San José, Comité Médico Asesor, s.e., s.a., s.p.
 13. SALAZAR PORTUGUEZ, Rafael, *Manual de planificación familiar para médicos y enfermeras*, San José, Asociación Demográfica Costarricense, s.e., 1984.
 14. MOVIMIENTO FAMILIAR CRISTIANO, *¿Cómo regular la natalidad en su familia naturalmente con éxito?*, 1989.
 15. CRUZ MARÍN, Francisco, *Factores que alteran la reproducción humana. Medidas primarias para la prevención*, Ministerio de Educación Pública, Proyecto Educación en Población, San José, Costa Rica, 1986.
 16. SHERRIS, Jacqueline D., *Recientes adelantos en la anticoncepción vaginal*, Population Reports, serie H, Baltimore, N° 7, febrero de 1985.
 17. ARNT, Ivo Carlos y otros, *Acción de los progestágenos en el organismo femenino*, en *Asociación Costarricense de Obstetricia y Ginecología, Sexto Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología, Octavo Congreso Centroamericano de Obstetricia y Ginecología*, San José, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, 1970.
 18. McCALISTER, Donald y otros, *Hacia mejores programas de planificación familiar*, México, D.F., Editorial Pax-México, 1975.
 19. GONZÁLEZ BOGANTES, Zulia y otros, *Métodos anticonceptivos orales e inyectables*, San José, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica, 1987.
 20. RINEHART, Ward, *La minipíldora, una alternativa limitada para ciertas mujeres*, Informes Médicos, Baltimore, serie A, N° 3, febrero, 1977.
 21. ASOCIACIÓN DEMOGRÁFICA COSTARRICENSE, *Situación actual de la anticoncepción oral combinada*, en *Boletín Médico*, N° 3, año 2, julio, 1980.
 22. KOLS, Adrienne y otros, *Anticonceptivos orales en el decenio de 1980*, en *Population Reports*, Baltimore, serie A, N° 6, mayo, 1983.
 23. MOORE, K.L., *Embriología clínica*, México D.F., Nueva Editorial Interamericana, tercera edición, 1985.
 24. PORTER, Cedric y otros, *Anticonceptivos orales: Guía para programas y clínicas*, North Carolina, The Pathfinder Fund, tercera edición, 1980.
 25. POTTS, M. y WOOD, C., *Nuevos conceptos en medidas anticonceptivas*, México, El Manual Moderno, S.A., s.e., 1975.
 26. THE BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE, *Nuestros cuerpos y nuestras vidas*, Massachusetts, tercera edición, 1981.
 27. HATCHER, Robert A. y otros, *Tecnología de la contracepción*, New York, Irvington Publishers, segunda edición, 1982.
 28. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *Anticonceptivos orales, aspectos técnicos y de inocuidad*, Publicación Científica, N° 428, México D.F., 1983.
 29. ACEP, *Tecnología anticonceptiva 1973-1974*, Bogotá, primera edición, 1974.
 30. PELL, John y POTTS, Malcom, *Técnicas de control de la natalidad*, México D.F., Editorial Diana, primera edición, 1972.
 31. KLEINMAN, R.L., *Manual de planificación familiar para médicos*, London, 1974.
 32. ORY, Howard, *The Noncontraceptive Health Benefits from Oral Contraceptive Use*, *Family Planning Perspectives*, vol. 14, July/August, 1982, en *Family Health International, Cinco artículos sobre el tema de anticoncepción hormonal*.
 33. KISTNER, Robert, *La píldora*, México D.F., Editorial Diana, primera edición, 1971.
 34. OMS, *Aspectos clínicos del empleo de gestágenos orales*, Serie de Informes Técnicos, N° 326, Ginebra, 1966.
 35. MOSSET ITURRASPE, Jorge, *El valor de la vida humana*, Santa Fe, Rubinzal y Culzoni, S.C.C., Editores, s.e., 1984.
 36. DORAL, José A., *Concepto filosófico y concepto jurídico de persona*, en *Persona y Derecho*, Pamplona, Publicaciones de la Facultad de Derecho de la Universidad de Navarra, EUNSA, 1976.
 37. BADILLA, Frank, ARGUEDAS, Marta y ÁVILA, Xinia, *Anticonceptivos orales e inyectables*, San José, Escuela de Medicina, UCR, 1987.
 38. RINEHART, Ward y FELT, Judy, *El debate acerca de anticonceptivos orales y neoplasia continua: las respuestas siguen siendo elusivas*, en *Population Reports, Anticonceptivos orales*, Washington D.C., serie A, N° 4, abril, 1978.
 39. IPPF, *Reunión del grupo internacional para asesoramiento médico de IPPF*, *Boletín Médico de IPPF*, London, International Planned Parenthood Federation, volume 21, N° 1, febrero, 1977.
 40. LISKIN, Laurie, *Disipar rumores negativos sobre la fecundidad después del uso de anticonceptivos*, en *Population Reports*, Baltimore, serie J, N° 28, octubre, 1985.
 41. DIVISION OF REPRODUCTIVE HEALTH, CENTERS FOR DISEASE CONTROL, Atlanta, *Oral contraceptive use and the risk of endometrial cancer*, en *Family Health International, Cinco artículos sobre el tema de anticoncepción hormonal*, s.a.
 42. DIVISION OF REPRODUCTIVE HEALTH, CENTERS FOR DISEASE CONTROL, Atlanta, *Oral contraceptive use and the risk of ovarian cancer*, en *Family Health International, Cinco artículos sobre el tema de anticoncepción hormonal*, s.a.
 43. BARCELONA, Delia, BAUTISTA, Paulina, y BOGUE, Donald, *Anticoncepción*, The Community and Family, Study Center, s.e., 1981.
 44. RINEHART, Ward y otros, *Anticonceptivos orales*, DIVISION OF REPRODUCTIVE HEALTH, CENTERS FOR DISEASE CONTROL, Atlanta, *Actualización sobre su uso, seguridad y efectos secundarios*, en *Population Reports*, Baltimore, serie A, Junio, 1979.
 45. AMERICAN SOCIETY OF HOSPITAL SERVICES, *Drugs informations 87*, USA, 1987.
 46. DÖRING, Gerhard, *Contracepción oral*, en *Contracepción oral, aspectos médicos y sociológicos*, Symposium, Berlin, Sociedad Demográfica Alemana, Wiesbaden AG Editor, octubre, 1977.
 47. DIVISION OF REPRODUCTIVE HEALTH, CENTERS FOR DISEASE CONTROL, Atlanta, *Long Term Oral Contraceptive Use and the Risk of Breast Cancer*, en *Family Health International, Cinco artículos sobre el tema de la anticoncepción hormonal*, s.a.
 48. LA NACIÓN, periódico, *Cáncer de útero y de mama*, 8 de agosto de 1987, p. 1B.
 49. KOLODNY, Robert y otros, *Manual de la sexualidad humana*, Madrid, Ediciones Pirámide, s.e., 1982.
 50. ERICSON, Anders y otros, *Lack of correlation between contraceptive pills and down's syndrome*, en *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, Sweden, vol. 62, 1983.
 51. BERGERON, O. y Th. y NICOLAS, Fr., *Amor y sexo. Manual práctico para la pareja*, Bilbao, Editorial Desde de Brower, s.a., s.e., 1980.
 52. SEGAL, S.J. y otros, *Aspectos fisiológicos y clínicos del empleo de dispositivos intrauterinos*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, serie de Informes técnicos, informe de un grupo científico, N° 397, 1968.
 53. KLEINMAN, Ronald, *Anticoncepción Intrauterina*, London, editado por el Comité Médico Central IPPF, cuarta edición, 1977.
 54. PORTER, Cedric y WAIFE, Ronald, *Dispositivos intrauterinos: Perspectivas actuales*, Massachusetts, The Pathfinder Fund, 1978.
 55. ASOCIACIÓN DEMOGRÁFICA COSTARRICENSE, *Dispositivos intrauterinos*, en *Boletín Médico*, N° 4, año 2, noviembre, 1980.
 56. OLIVARES, Domingo, *Fertilidad voluntaria*, Buenos Aires, Asociación Argentina Familiar, s.e., s.a.
 57. TATUM, Howard, *El anticonceptivo T con cobre: revisión de la información clínica y de laboratorio y procedimiento recomendable para la inserción*, New York, Population Council, 1973.
 58. SOBRERO, Aquiles y GOLDSMITH, Alfredo, *Dispositivos intrauterinos, un manual de práctica clínica*, s.l., The Pathfinder Fund, s.e., 1973.
 59. LISKIN, Laurie, *DIU: Un anticonceptivo apropiado para las mujeres*, en *Population Reports, Dispositivos intrauterinos*, Baltimore, serie B, N° 4, noviembre, 1983.
 60. PIOTROW, Phyllis y otros, *DIU: Actualización sobre inocuidad. Efectividad e investigaciones*, en *Population Reports*, Baltimore, serie B, N° 3, enero, 1980.
 61. SALLIE CRAIG, Huber y otros, *Los DIUS reevaluados: una década de experiencia*, en *Informes Médicos, Dispositivos intrauterinos*, Washington D.C., serie B, N° 2, octubre, 1976.
 62. LOZOYA, Francisco y SANTOS, W., *Dispositivos intrauterinos. Experiencia, métodos y normas de 15 años de labor*, Montevideo, Editorial AUPFIRH, 1978.
 63. ORLANS, F. Bárbara, *Dispositivos intrauterinos (DIU) con cobre, actividades hasta la fecha*, en *Informes Médicos*, Washington, serie B, N° 1, diciembre, 1973.
 64. FEBLES ALFONZO, Deubaldo, *Dispositivos intrauterinos (DIU) e infección genital*, Uruguay, AUPFIRH, 1978.
 65. SCOTT, R.B., *Informe sobre dispositivos intrauterinos*, Washington, Informe de la Comisión Consultiva en Obstetricia y Ginecología, Publicación Artística Litográfica, S.A., s.e., 1970.

66. CRUZ MARÍN, Francisco, doctor especialista en genética del Hospital Nacional de Niños, entrevista realizada el 26 de abril de 1988, 8:30 a.m.
67. DECRETO EJECUTIVO SOBRE LA ESTERILIZACIÓN, Nº 18080 de 16 de marzo de 1988, publicado en La Gaceta Nº 95 de mayo de 1988.
68. LA NACIÓN, periódico, *Ser o no ser padres esa es la cuestión. De compras con La Nación*, del 7 al 13 de febrero de 1989, p. 7 D.
69. SHERRIS, Jacqueline y otros, *Actualización sobre el condón: productos, protección y promoción*, en *Population Reports*, Métodos de barrera, Baltimore, serie H, Nº 6, setiembre, 1983.
70. LISKIN, Laurie y QUILLIN, Wayne, *Las progestinas de acción prolongada: perspectivas sobre métodos prometedores*, en *Population Reports*, Baltimore, serie K, Nº 2, mayo, 1984.
71. BONNET, *Medicina Legal*, Buenos Aires, Libros López Editores, segunda edición, 1980.
72. FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, *Manual Médico. Anticoncepción*, México D.F., Editorial Pax-México, primera edición en español, 1967.
73. YUNGANO, Arturo R. y otros, *Responsabilidad profesional de los médicos*, Buenos Aires, Editorial Universidad, segunda edición, 1986.
74. ACHAVAL, Alfredo, *Manual de Medicina Legal*, Buenos Aires, Editorial Perrot, s.e., 1963.
75. LÓPEZ VARELA, Esteban, *Lecciones de Ética Médica*, San José, Studium Generale Costarricense, primera edición, 1984.
76. MOSSET ITURRASPE, Jorge, *Responsabilidad civil del médico*, Buenos Aires, Editorial Astrea, s.e., 1979.
77. KVITKO, Luis Alberto, *Anticoncepción en adolescencia en la República Argentina. Consideraciones médico-legales*, *Nuevo Foro Penal*, Medellín, Nº 7, año II, Editorial Acosta, julio, agosto, setiembre, 1980.
78. MORRIS, Crawford, *Professional interface: Doctors vs. Lawyers*, *Insurance Counsel Journal*, October, 1982.
79. EASTERBROOK, G., *Malpractice suits: Doctor under seige*, en *Newsweek*, New York, 26 de enero de 1987.
80. PÉREZ VARGAS, Víctor, *Los llamados "derechos de la personalidad y la responsabilidad profesional médica"*, exposición ante la comisión que estudia la responsabilidad médica, CCSS, Colegio de Médicos, 3 de setiembre de 1985.
81. PÉREZ VARGAS, Víctor, *Póliza de responsabilidad civil profesional para médicos*, San José. Informe preparado por el autor para el INS, 1985.
82. LA NACIÓN, periódico, *"Instan a las mujeres que usaron Daikon Shield a plantear sus reclamos"*, 7 de marzo de 1986, s.p.
83. SOLANO PORRAS, Julián, *Responsabilidad civil en el ejercicio profesional de la medicina*, San José, tesis de grado para optar al título de licenciado en Derecho, Universidad de Costa Rica, Facultad de Derecho, tomo II, 1986.
84. PEREIRA VILLALOBOS, Magda, *Responsabilidad médica*, en *Medicina Legal de Costa Rica*, Boletín de la Asociación Costarricense de Medicina Legal y Toxicología, San José, vol. 5, Nº 2, 3 y 4, diciembre, 1988.
85. VARGAS ALVARADO, Eduardo, *Medicina Legal*, San José, Lehmann Editores, tercera edición, 1983.
86. ACHAVAL, Alfredo, *Responsabilidad civil del médico*, Buenos Aires, Editorial Abeledo-Perrot, s.e., 1983.
87. ROMEO CASABONA, *El médico y el Derecho Penal*, Barcelona, primera edición, Bosch, 1981.
88. BELTRÁN, Juan Ramón, *Medicina Legal*, Buenos Aires, Editorial La Semana Médica, s.e., tomo I, s.a.
89. LÓPEZ BOLADO, Jorge, *Los médicos y el Código Penal*, Buenos Aires, Editorial Universal, s.e., 1981.
90. LEY GENERAL DE SALUD, Nº 5395 de 30 de octubre de 1973, reformada por leyes Nº 5789 de 1º de setiembre de 1975, 6430 de 15 de mayo de 1980, 6726 de 10 de marzo de 1982 y 7035 de 24 de abril de 1986.
91. CHACÓN BRAVO, Francisco, *La responsabilidad civil del profesional médico*, en *Medicina Legal de Costa Rica*, Boletín de la Asociación Costarricense de Medicina Legal y Toxicología, San José, vol. 2, Nº 1, enero, 1985.
92. CÓDIGO CIVIL, Decreto Nº XXX promulgado el 19 de abril de 1885. Entró en vigencia el 21 de enero de 1988 mediante el Decreto LXIII del 28 de setiembre de 1887, San José, Editorial Porvenir, s.e., 1983.
93. REVERTE COMA, José Manuel, *Las fronteras de la medicina*, Madrid, Ediciones Díaz de Santos S.A., s.e., 1983.
94. COLLADO MARTÍNEZ, Dr. Hernán, ginecólogo, consulta oral realizada el 7 de mayo de 1988, a la 1 p.m.
95. CÓDIGO DE MORAL MÉDICA, del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, Decreto Ejecutivo Nº 13032, publicado en el Diario Oficial del 27 de octubre de 1981, en cumplimiento de lo acordado en la asamblea general extraordinaria Nº 27 del Colegio, celebrada el 4 de abril de 1981.
96. LEY SOBRE TRASPLANTES EN SERES HUMANOS, Ley Nº 5560 de 20 de agosto de 1974.
97. REGLAMENTO PARA LA INVESTIGACIÓN Y EXPERIMENTACIONES EN SERES HUMANOS, Nº 5463 SPPS, Colección de leyes, decretos, acuerdos y resoluciones, II semestre, 1975.
98. DECRETO EJECUTIVO SOBRE CÓDIGO DE MORAL MÉDICA, Nº 1051 de 22 de junio de 1970.
99. CASTILLO GONZÁLEZ, Francisco, *La esterilización voluntaria en el Derecho Penal costarricense*, San José, Ediciones Pasdiana, s.e., 1984.
100. JESCHECK, Hans, *Tratado de Derecho Penal*, Barcelona, Bosch, Casa Editorial S.A., parte general, vol. 1, 1981.
101. MAURACH, Reinhart, *Tratado de Derecho Penal*, Barcelona, Ediciones Aries, s.e., tomos I y II, 1962.
102. REYES, Alfonso, *La antijuridicidad*, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, segunda edición, 1977.
103. HERMANS, *Consent to medical treatment of a minor*, 7th World Congress on Medical Law, Belgium, World Association for Medical Law, Gent, 18-22, VIII, 1985, Reports II, 1985.
104. SHNIT, Dan, *Informed consent during adolescence*, 7th World Congress on Medical Law, Belgium, World Association for Medical Law, Gent, 18-22, VIII, 1985, Reports II, 1985.
105. PORZIO, Ralph, *The linchpin of informed consent*, 7th World Congress on Medical Law, Belgium, World Association for Medical Law, Gent, 18-22, VIII, Reports II, 1985.
106. BACIGALUPO, Enrique, *Manual de Derecho Penal*, Bogotá, Editorial Temis, s.e., parte general, 1984.
107. PÉREZ VIVES, Álvaro, *Teoría general de las obligaciones*, Bogotá, Editorial Temis, segunda edición, vol. III, parte segunda, 1955.
108. URIBE CUALLA, Guillermo, *Medicina legal, toxicología y siquiatria forense*, Bogotá, Editorial Temis Librería, undécima edición, 1981.
109. ALTERINI, Atilio Aníbal y otros, *Curso de obligaciones*, Buenos Aires, Editorial Abeledo-Perrot, s.e., vol. II, 1975.
110. CASTILLO GONZÁLEZ, Francisco, *Conferencia sobre malpractice*, s.l., s.e., s.f., s.p., material facilitado por PÉREZ VARGAS, Víctor.
111. HARBOTTLE, Ricardo, *Borrador de anteproyecto de Ley de Malpractice*, s.l., s.e., 17 de diciembre de 1984, documento facilitado por PÉREZ VARGAS, Víctor.
112. DOCUMENTO DEL COLEGIO DE MÉDICOS Y CIRUJANOS DE COSTA RICA A LA OPINIÓN PÚBLICA, conclusiones de comisión que laboró de octubre de 1983 a enero de 1984, s.l., s. ed., s.e., documento facilitado por PÉREZ VARGAS, Víctor.
113. DOCUMENTO ELABORADO POR EL COLEGIO DE MÉDICOS Y CIRUJANOS DE COSTA RICA, sin título, s.l., s.e., remitido al Lic. Stanley Muñoz, Depto. Legal de la CCSS en fecha 14 de mayo de 1984. Documento facilitado por PÉREZ VARGAS, Víctor.
114. DOCUMENTO SOBRE EL CONTENIDO DE LAS SESIONES REALIZADAS POR LA COMISIÓN CCSS: COLEGIO DE MÉDICOS SOBRE LEYES DE MALPRACTICE, facilitado por PÉREZ VARGAS, Víctor.
115. RESOLUCIÓN DE CORTE PLENA CELEBRADA EL 21 DE MAYO DE 1984, artículo XL.
116. CÓDIGO DE ÉTICA FARMACÉUTICA DE COSTA RICA, publicado en La Gaceta Nº 144 del viernes 1º de agosto de 1986.
117. REGLAMENTO GENERAL DE HOSPITALES NACIONALES, Decreto Ejecutivo Nº 1743 de 4 de junio de 1971.
118. DECRETO EJECUTIVO SOBRE ANTICONCEPTIVOS ORALES, Nº 11 del 31 de julio de 1964.
119. INFORME DEL COLEGIO DE MÉDICOS Y CIRUJANOS, DEL 31 DE MAYO DE 1984, *Tribunal Superior Penal de Pérez Zeledón*, Nº 87 de las 21:30 horas del 4 de junio de 1985. Causa contra M.R.B. y J.H.Z.G. por homicidio culposo en perjuicio de J.D.A.V., expediente Nº 516-82-2, folios 252 a 257.
120. CONSULTA REALIZADA A LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL EL 14 DE JUNIO DE 1984, *Tribunal Superior Penal de Pérez Zeledón*, Nº 87 de las 21:30 horas del 4 de junio de 1985. Causa contra M.R.B. y J.H.Z.G. por homicidio culposo en perjuicio de J.D.A.V., expediente Nº 517-82-2, folios 172 y 175.
121. BADILLA B., Beatriz, *Papel del farmacéutico en la planificación familiar*, Universidad de Costa Rica, Facultad de Farmacia, sin año.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LAS ILUSTRACIONES.

Figura 1 (1), figura 2 (16), figura 3 (16), figura 4 (53), figura 5 (11), figura 6 (11), figura 7 (11).