

LA PROMOCIÓN INTERNACIONAL DE LA ESTERILIZACIÓN, DEL ABORTO CLANDESTINO Y DEL ABORTO QUÍMICO

Condensado de la declaración autobiográfica de

REIMERT THOROLF RAVENHOLT

**Director del Programa de Control Poblacional
de la USAID en la década de 1970**

Original en inglés en la dirección

<http://www.smith.edu/libraries/libs/ssc/prh/transcripts/ravenholt-trans.html>

1. Infancia en Wisconsin.

Nací el 9 de marzo de 1925, en una pequeña hacienda situada a medio camino entre Luck y Milltown, en Wisconsin. Era el sexto de los diez hijos que tuvo mi madre, el primero murió de seis semanas. Así, había nueve de nosotros y yo era el niño del medio de los nueve. Cuando nací, en esta pequeña hacienda, mamá tenía cinco niños menores de seis años. No teníamos electricidad, agua potable, ni baño interno. Era como si hubiésemos nacido en el siglo diecinueve o dieciocho. Pero nuestra madre, Kristine, era una persona extraordinariamente capaz y bien intencionada. Nuestro padre era brillante. Ambos habían tenido una excelente educación. Mi padre había frecuentado por un par de años la Universidad de Wisconsin y también había frecuentado escuelas dinamarquesas. Nuestro ambiente social, allí en Wisconsin, era la Dinamarca Occidental, una pequeña colonia dinamarquesa en Wisconsin. Era el lugar donde íbamos a la iglesia, donde íbamos en cada feriado, y donde nos reuníamos con muchos parientes. Mis padres eran totalmente bilingües. Hablábamos dinamarqués en casa, íbamos a la iglesia dinamarquesa y a la escuela de verano para aprender a leer y escribir dinamarqués. Así, yo podría haber nacido tanto en Jutland como en Wisconsin. Mis cuatro abuelas habían emigrado de Dinamarca. Yo era, por lo tanto, bien dinamarqués. Nosotros no aprendimos realmente inglés hasta que empezamos el primer año en la escuela. Entonces, con certeza, lo aprendimos bien y nunca tuve algún problema que recuerde.

Los padres de mi padre, Anders y Hanne Ravenholt, participaron de la creación de la primera cooperativa de crema de leche del Estado de Wisconsin y creo que ésta puede haber sido la primera de todos los Estados Unidos. Hanne se volvió especialista en fabricación de mantequilla. Había sido entrenada en esto ya desde Dinamarca. Nuestras vidas estuvieron envueltas con la hacienda, la crema de leche y la mantequilla durante toda mi juventud.

Pero en 1937, creo que debe haber sido en el mes de febrero, hubo una epidemia de gripe en Wisconsin y en muchos otros lugares de Estados Unidos. Cogí la gripe y me quedé en casa, en cama, con fiebre por tres o cuatro días. Como de costumbre, amaba la lectura y me quedé leyendo estando

enfermo. Leí tanto cuanto pude. Pero cuando la fiebre pasó algo sucedió con mis ojos. Cuando intentaba leer, esto me causaba fuertes dolores. Había algo que no podía explicar y que alteró mi capacidad de lectura. Fue tan severo en las primeras semanas que durante meses no pude leer ni aun los textos más simples. Cuando volví a la escuela, intentaba leer y hacer las tareas escolares, pero esto me producía un dolor de cabeza muy agudo. Mi maestra me dejó volver a casa. Mi dificultad visual gradualmente se fue apocando, pero aún así no podía asistir a un film, y por muchos años me quedé limitado en la cantidad de lectura que podía realizar. Esto alteró mi cociente ID. Cociente ID significa Cantidad de Información Digerible (Intake to Digestion of Information). Así, en vez de leer más, creo que pensaba más, porque tenía que hacer algo. Pasé a pensar más hondamente sobre las cosas, en vez de adquirir más informaciones. Creo que esto realmente moldeó todas mis inclinaciones por el resto de mí la vida. Siempre tuve un gran placer en pensar lo más hondamente posible en todos los fenómenos y acciones en los que estuve trabajando. Creo que soy más independiente en mi pensamiento y en mis decisiones de lo que la mayoría de mis colegas. Esto, sin embargo, algunas veces se vuelve una fuente de problemas cuando vemos una solución diferente para un algo y queremos tornarla pública.

Hice muchas investigaciones, análisis y publicaciones durante mi vida profesional. Cuando me enseñaron estadística convencional, entendí qué allí había algo que básicamente no estaba correcto. Se quedó meridianamente claro en mi mente por qué estos test esotéricos de significancia estadística no son válidos. El motivo es que violan el principio científico que siempre que juntamos y analizamos datos científicos tenemos que usar una precisión consistente. Una gran cantidad de dinero es jugada fuera en muchas torres de marfil por los estadísticos y otras personas que dedican tiempo y esfuerzo indebidos intentando analizar la significancia estadística de los números encontrados en los estudios, en vez de simplemente aceptar estos números operacionalmente. La falacia consiste en que este tipo de precisión solamente se aplica a los números actualmente presentados por el estudio, pero no a los demás determinantes principales del valor de aquel estudio, como por ejemplo, la inteligencia, el conocimiento específico, la honestidad y el cuidado con que los investigadores realizaron el estudio, si el plan de estudio fue adecuado o no, lo adecuado que fue, y así por delante. Simplemente no se debe gastar tanto tiempo y esfuerzo para realizar test esotéricos de significancia estadística, de números presentados por un estudio cuando no se posee la misma precisión sobre los demás determinantes del valor de este mismo estudio.

2. La decisión de estudiar medicina.

Éramos pobres durante los años de la Depresión. Teníamos una pequeña hacienda de que cuidábamos, a pesar de ser aún niños. Teníamos, por tanto, mucho trabajo a hacer, cortando leña y muchas otras cosas más. Cuando tuve dieciocho años decidí que iría a la Universidad de Minnesota para obtener una educación.

Ya tenía algún interés en Medicina, pero nada muy específico. Nuestro padre era brillante, pero quedaba frecuentemente enfermo, y por eso oíamos un montón de cosas sobre médicos, medicinas de nervios y así por delante. Pero no tenía un claro conocimiento de lo que quería hacer. Cuando me presenté a la Universidad de Minnesota, en la primavera de 1944, me pidieron que colocase por escrito cual era mi principal opción. Escribí "*ingeniería o pre-médico*". En esa época mi hermana Johanne era estagiaria de enfermería en el Fairview Hospital, en Minneapolis. Así, empecé a aprender más sobre Medicina a través de lo que ella me decía, y lo que aprendí de mi hermana me sugería que si yo me convertía en médico tendría muchas ventajas. Pasé una noche entera pensando antes de decidirme por

el pre-médico. Me puse despierto toda la noche y entonces, con base en lo que mi hermana había dicho y otras cosas más, decidí ingresar en el pre-médico. Entendí que el pre-médico ofrecía una mayor flexibilidad en lo que haría que el currículo de ingeniería. De cualquier modo, continué trabajando en el departamento de ingeniería del Ferrocarril de Milwaukee.

El pre-médico que había sido introducido durante la Segunda Guerra era un currículo acelerado, hacíamos en tres años los estudios pre-médicos que ordinariamente eran hechos en cuatro. Fueron introducidas algunas materias especiales para el currículo acelerado. Se enseñaba intensivamente álgebra, geometría, trigonometría y también un poco de cálculo. La Química fue donde realmente aprendí a estudiar. Nunca realmente aprendí a estudiar en la escuela secundaria, una pequeña escuela secundaria. Vivíamos en la hacienda, no teníamos electricidad. Así yo no podía nunca estudiar nada en casa. El único estudio que hacía realmente, era en la hora del almuerzo en la escuela. Pero ahora, iniciando la Universidad de Minnesota, la matemática, la química, la física y la zoología eran las principales materias en los primeros años del pre-médico. No importa cuanto alguien sea inteligente, en la Química usted tiene que estudiar de verdad.

El primer trimestre fue muy difícil. Me enseñó principalmente el cuanto yo no sabía. Pero, de alguna manera, empecé a estudiar realmente a través de la Química. En la época estaba trabajando a las tardes en un departamento de ingeniería cerca de Honeywell en el sur de Minneapolis. Trabajaba de las cuatro a las ocho. Las clases eran principalmente por la mañana y en el comienzo de la tarde. Después tomaba una conducción hasta la Ohio-Heidbrink Engineering Corporation, trabajaba en el departamento de ingeniería de las cuatro hasta a las ocho de la noche, tomaba otra conducción de vuelta para casa. Después de las nueve y media llegaba a la Cooperativa Estudiantil, donde el cocinero dejaba una sopa en la mesa para mí. Después de comer, tenía que limpiar la cocina y los pisos del refectorio. Asimismo solo empezaba a estudiar después de las diez de la noche, muy cansado. En verdad, casi cansado demás para estudiar. Pero continué de este modo como era posible.

En marzo de 1946 telefoneé a mi casa y hablé con mi hermano Otto. El me dijo en el teléfono algo sobre una A en Química. "*Felicitaciones a usted*", he dicho a mi hermano, "*espero que yo alcance una B este trimestre*". "*No, no*", él contestó, "*quien obtuvo la A fue usted*". Aquello realmente fue un grande incentivo para continuar estudiando. Estaba claro que yo podía lograr resultados si realmente me aplicase, lo que hice siempre más.

No había materias clínicas en el curso. Había mucho laboratorio, laboratorio de análisis cualitativo, análisis cuantitativo y de Química Orgánica. Y una gran cantidad de Química, Físico-Química. Realmente era una materia maravillosa para aprender a estudiar. La Química realmente fue para mí lo más importante de mis estudios pre-médicos. Pero lo que más quería era entrar en la escuela de Medicina.

Finalmente, en primavera de 1947 fui aceptado en la clase de Medicina que iba a empezar en el final de aquel año. La escuela de Medicina fue un reto substancial, pero en algunos aspectos no tan crítico como el pre-médico, porque necesariamente durante el pre-médico tuve que aprender a estudiar. Sí, en verdad fue una buena aventura. Entrar en la escuela de Medicina comienza como una explosión. En el primer día comenzamos en el laboratorio de Anatomía. Muchos de los estudiantes de Medicina vienen de familias de médicos, de padres que eran médicos, abuelas que eran médicos, amigos que eran médicos, otros parientes que eran médicos y así por delante, mientras que yo había tenido muy poco contacto con cualquier médico. Pero todo aquel negocio del laboratorio de anatomía era como un

choque obligatorio. O usted bucea en aquello o es lanzado. Me recuerdo que había una chica baja que yo sabía que había conseguido A en todas las materias en el pre-médico, pero sintió una repugnancia tan grande por el laboratorio de Anatomía que en tres días abandonó la escuela de Medicina.

Durante mi primer año de Medicina viví en la Cooperativa de Estudiantes. Entonces, en primavera de aquel mismo año, me casé y tuve que cambiar residencia. En los últimos dos años de la escuela de Medicina trabajé como externo en el Hospital Mounds Park en St. Paul. Era un hospital de periferia. Allí, durante la noche o en los fines de semana, cualquier estudiante sería el principal profesional médico. Así éramos obligados a resolver cualquier cosa que tuviese que ser resuelta. Algunas veces esto podía ser un problema para los pacientes, pero era una gran experiencia para el aprendizaje de los estudiantes.

En algún momento, en la primavera de mi último año, en 1950, ocurrió algo que fue para mí una epifanía. Un día estaba sentado, asistiendo a una clase de clínica oncológica. Mientras el maestro mostraba una sucesión de pacientes de cáncer y discutía los casos, despuntó en mi mente, venido de la nada, un entendimiento súbito que el cáncer ciertamente era un fenómeno evolutivo, que el desarrollo del cáncer en un tejido sería análogo al desarrollo de una nueva especie de planta o animal en la tierra, ambos, siendo el producto de una alteración evolutiva debido a la reproducción incesante y a la selección natural de los clones celulares más proliferativos. Y repentinamente, se puso claro, como el sonido de una campana, que la mejor manera de entender el cáncer sería aplicando los principios evolutivos.

Intenté explicar eso a mis colegas de clase, pero aquello no parecía significar para ellos tanto como significaba para mí. Pero la idea se quedó conmigo, de tal modo que siempre que leía algo sobre una entidad cancerosa, intentaba entenderla en términos evolutivos. ¿Cómo encuadra esto en el contexto de la evolución? Cuando se consideran los efectos del humo, cualquier persona puede fácilmente entender qué si el tabaco contiene agentes mutacionales y también causa un aumento de la reposición celular, ciertamente va a acelerar la divergencia evolutiva hasta que se desarrolle un linaje canceroso.

El internado empezó al final de la escuela de Medicina. Teníamos que hacer un internado. Fui feliz porque, de algún modo, supe que había una cosa llamada Internado Hospitalario del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos. Tuve suerte de ser capaz de conseguir un internado en el Hospital de Servicio de Salud Pública en San Francisco. Amaba el Oeste. Siempre amé el Oeste. Ingresé en aquel internado y recorrí los distintos servicios médicos, cirugía, toxicología, tuberculosis, neurología y así por el estilo. Conseguí una gran experiencia en cirugía como primer asistente del jefe del servicio quirúrgico en neumonectomía, gastrectomía y otras, y conseguí hacer yo mismo operaciones de apéndice, hernias y otras. Me gustó realmente la cirugía, y si pudiese haber ido inmediatamente a una residencia en cirugía, lo habría hecho. Pero no era posible. Necesitaba hacer dos años adicionales en el Servicio de Salud Pública para completar mi servicio militar obligatorio, que no había hecho antes.

3. Inicio del trabajo como epidemiologista.

En los últimos meses de mi internado escribí para la División de Personal del Servicio de Salud Pública en Washington, preguntando si tendrían alguna posibilidad para emplearme en Europa.

Siempre había soñado en ir para Europa. Pero, en vez de eso, me contestaron diciendo que habían enviado mis datos para el Dr. Langmuir en el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, que estaba reclutando personal para un Servicio de Inteligencia en Epidemiología. Enseguida recibí una carta del Dr. Langmuir invitándome a un congreso en el Centro de Control de Enfermedades, en mayo de 1952 con todos los gastos de viaje pagados.

Volé a Atlanta, a un congreso de una semana. Esto, efectivamente, fue determinante, pues Langmuir era un colega muy hábil y persuasivo. Después de aquella semana decidí que el Servicio de Inteligencia de Epidemiología tenía mucho más sentido de que ir para un OPD. Aquello era algo espectacular, porque buceaba en todo el campo de la epidemiología en su mejor estilo.

Durante mi internado en San Francisco no hubo ningún tipo de cambio entre práctica privada y salud pública. No en aquel momento. Allí estaba yo totalmente preocupado con asuntos clínicos, redactando históricos, haciendo exámenes y diagnósticos, tratamientos, plantones, atendiendo pacientes externos y así por el estilo. Mientras frecuenté la escuela de Medicina, estuve básicamente preocupado con asuntos clínicos. Hice muchas cirugías de gran envergadura, como primer asistente y otras menores por mí mismo. Quise hacer una residencia en cirugía.

Como quiera, fui invitado por el Dr. Langmuir para venir para Atlanta en mayo, al Primer Congreso sobre Servicio de Inteligencia Epidemiológica, y me quedé tan impresionado con él y la actividad que desarrollaba que decidí ingresar en el Centro de Control de Enfermedades, el Servicio de Inteligencia Epidemiológica. Hasta aquel momento, aunque no hubiese enfocado mi interés en Epidemiología o en Salud Pública, pienso que por naturaleza yo ya estaba orientado a la salud pública. Es un tipo de filosofía dinamarquesa, mis padres eran muy orientados al servicio público. Así, el deseo de trabajar en el servicio público, en vez de simplemente salir por ahí y juntar tanto dinero cuanto fuese posible, fue algo que vino naturalmente.

Volví a Atlanta para un entrenamiento introductorio de seis semanas en el Centro de Control de Enfermedades. Empezamos a aprender algunos de los fundamentos, alguna estadística de naturaleza bastante pragmática. Aprendimos sobre el Centro de Control y sus actividades. Visitamos varios laboratorios fuera de Atlanta en Montgomery, en Alabama, y uno en la Isla de la Avena cerca de Savannah, en la Georgia. Pero trabajamos la mayor parte del tiempo en la sede del Centro, en la Calle de los Durazneros. Tuvimos oportunidad de leer y estudiar los clásicos de la Epidemiología, sobre varios brotes y sobre averiguaciones epidemiológicas.

Cerca del final del verano la cuestión de los nombramientos se había tornado el tema más importante. Fui nombrado para el Departamento de Salud de Ohio, en Columbus, lo que vino a ser un nombramiento excelente. En el primer momento sentí una gran pérdida: nada de ropas blancas, nada de estetoscopio y otras parafernalias de diagnóstico. En vez de eso me dieron una mesa en el pasillo, del lado externo de la oficina del jefe, y algunos informes sobre enfermedades contagiosas. Empecé a leer y aprender sobre las actividades de la salud pública.

4. Primera averiguación de una enfermedad.

Todo eso duró pocas semanas. Entonces fui envuelto en una clásica averiguación de enfermedad. Una niña de cinco años contrajo difteria y murió luego de haber sido internada. Fred Wentworth, mi jefe, me pasó el informe y me pidió que fuese adelante e investigue el caso. Mi adormecimiento se dispó inmediatamente porque tuve que leer rápidamente sobre difteria y hacer cosas prácticas como chequear no solo mi inmunidad como también la de mi esposa. Los niños ya estaban inmunizados. Tuve que conseguir soporte de laboratorio para material de de gargantas y así por el estilo.

Fui a la escuela en que la niña había estudiado y oí la historia de lo que había acontecido. Conseguí muestras de la garganta de la maestra y de los otros veintiséis niños. Algunos días después recibí un informe diciendo que once de los veintiséis niños tenían organismos virulentos de difteria en sus gargantas. Así tuve inmediatamente la necesidad de investigar toda la escuela.

Organizamos un programa de vacunación e inmunizamos toda la escuela. Estuve ocupado durante varios meses haciendo el acompañamiento de aquella escuela. Pero cuando iba a colocar el punto final, con lo que yo pensaba que sería el último viaje a la Escuela Consolidada de Allensville para hacer el informe final y terminar el asunto, el director, de quien me había tornado de cierto modo familiar, dijo: "*Disculpe, doctor, me gustaría llamar su atención sobre el hecho que tenemos un cierto número de estudiantes que están tosiendo sangre*". Mi primer pensamiento era que quizá pudiese ser tuberculosis, porque se trataba de un área pobre. Así organizamos nuevamente otro estudio para la escuela entera, con prueba tuberculínica, examen de piel para histoplasmosis y también rayos x de tórax.

Los primeros resultados mostraron que no era tuberculosis, pero los rayos x evidenciaban la presencia de neumonía en los pulmones. El problema era que en ese momento la escuela había cerrado por vacaciones. Así que tuvimos que hacer el acompañamiento de los treinta siete casos de casa en casa.

Después de todo recuerdo vívidamente a una familia que Charles y yo visitamos, en la cual un alumno de la octava serie había contraído neumonía. Mientras escribía la historia, la madre estaba amamantando al nuevo hijo. Cuando hablé algo sobre gusanos todos se pusieron muy agitados. La madre me contó que un primo de Will, nuestro alumno de la octava, había muerto en el año anterior. Ellos no sabían lo que lo había matado, pero después fueron avisados que habían encontrado un montón de gusanos en su intestino. Entonces el padre se levantó y dijo: "*¡Oh gusanos!*" Y empezó a explicar que un año o más, cuando él estaba haciendo lo mismo que en aquel momento, acostado en el sofá viendo televisión, sintió algo que se movía en su garganta. Tosió y vomitó un gusano enorme, de cerca de un pie de largo. Tuve entonces que interesarme por la ecología de aquella casa, y cómo aquella gente podía tener tantos problemas. Luego fue evidente lo que era: el suministro de agua. Toda la familia estaba llena de gusanos. Empecé a coleccionar informaciones y llevamos recipientes para tomar muestras de sus heces.

Lo que aprendí con éste brote de difteria, con la averiguación de los gusanos, y luego enseguida con algunos brotes de fiebre tifoidea que tuvimos que investigar, fue el desafío de la Medicina Preventiva. Estas experiencias realmente desplazaron mi atención de la medicina reparativa a la medicina preventiva. Me torné un fascinado y comprendí la extensión del reto de cómo podíamos

interrumpir el desarrollo de estas enfermedades, especialmente cuando era posible aplicar algunas intervenciones masivas y de poco costo como la vacunación, el mejoramiento del suministro de agua y otras similares. Cuando un individuo viene al hospital o la clínica, el médico hace lo mejor que puede para ayudarlo, pero frecuentemente no es posible entender realmente todo lo que está sucediendo. Y además los individuos son muy variables en el modo como reaccionan a cualquier cosa, mientras que la población es bastante previsible en cuanto al modo como irá a reaccionar delante de este o de aquel agente patógeno.

5. Aconseja el hermano a estudiar medicina.

Una cosa buena que aconteció entonces fue que mi hermano Otto, que había servido al ejército en Japón, regresó y estaba frecuentando la Universidad de Minnesota, cursando economía durante algún tiempo y periodismo durante otro. Él no tenía mucha certeza sobre su vocación. De alguna manera percibió el entusiasmo que me contagiaba en la epidemiología y en la salud pública y me preguntó si tendría alguno sentido cursar Medicina. Yo no había presionado antes a mi hermano porque él tenía esposa y dos hijos. Pero, [ya que ahora me preguntaba], contesté: "***Ciertamente, estúpido idiota, es evidente que es eso que usted tiene que hacer!***" Después de oír eso él concluyó el pre-médico, obtuvo un grado en medicina y empezó una carrera en salud pública, sirviendo como oficial de salud en Las Vegas durante treinta cinco años.

6. El trabajo como epidemiologista.

En el verano de 1953 el Dr. Langmuir y las autoridades del Centro de Control de Enfermedades decidieron que deberíamos participar activamente del "***Programa Nacional para la Evaluación de la Gama-Globulina para la Prevención de la Poliomiélitis***". No había aún ningún agente inmunizante contra la polio. Estábamos intentando controlar la enfermedad a través del uso de la gama-globulina.

Mi oficina estaba localizada en el decimoquinto piso del Edificio de la Seguridad Pública. Allí yo había tenido suerte. El Dr. Sandy Lehman, director de la Salud Pública de Seattle, era extraordinariamente afable, bien intencionado, un oficial de la salud pública activo según los modos de la escuela antigua. Su padre había sido un misionero médico en África, él mismo había nacido en Camarones y había heredado del padre un ardor misionero en la salud pública. Pero era también especialmente genial y políticamente muy competente. Particularmente no le gustaba hablar y escribir en público. Cuando empecé a investigar y me torné epidemiologista en Seattle, cada vez más me comunicaba con los diarios y, después de algún tiempo, pasé a comparecer también en la televisión y en la radio. Me torné tan activo en las averiguaciones y en los comunicados que muchos empezaron a pensar que era yo el oficial de la salud. Pero eso no importaba para Sandy Lehman. En vez de eso, él lo apreciaba, porque prefería trabajar por detrás de la escena. Así, estaba siempre listo para pedirme y permitirme que hiciese cualquier cosa que realmente me arrebatase. Fueron siete años maravillosos que pasé allí con él.

Pasados muchos años llegó el día en el que pude comprender que la última fuente de difteria que teníamos en Seattle eran las reservas indígenas regionales, a causa de los bajos niveles de vacunación en la zona.

El Registro Histórico de Enfermedades en Seattle comenzaba en 1890 e iba hasta 1960. Cuando empecé a trabajar estos datos fue para mí una verdadera decepción percibir la falta de registro y de memoria de lo que había sido antes. Pasé a luchar con aquello. Los instrumentos de que la epidemiología disponía en 1954, ya en el medio del siglo, eran en verdad muy primitivos. [No había gráficos], pero cuando yo aparecía en la televisión o escribía para los diarios, todos esperaban que yo tendría que ser capaz de hacer gráficos para mis datos.

Aquí usted puede ver los gráficos que hice en este período para la viruela, los casos y las muertes de viruela desde 1890 hasta 1960, de fiebre tifoidea, difteria y poliomielitis. Podemos ver como ellos contrastan. La belleza de la epidemiología consiste en que comenzamos con un problema, pero cuando pasamos a aprender sobre su historia, eso lleva al investigador dentro de toda la historia de la comunidad, de lo que fue hecho y de cómo fue hecho.

Escribí la "*Historia, Epidemiología y el Control de la Fiebre Tifoidea en Seattle*", desde los primeros días. Es un reporte completo de tales ocurrencias. Y también de la difteria, con certeza. La prevención de la fiebre tifoidea exigió el desarrollo de sistemas adecuados de agua potable. Había también alguna transmisión por la leche, de modo que también la pasteurización de la leche fue importante. Con relación a la difteria, la prevención era principalmente la vacunación.

En el primer año en Seattle fui oficial del Servicio de Inteligencia Epidemiológica, pero luego enseguida asumí las responsabilidades de la División de Control de Enfermedades Comunicables y al final de aquél primer año asumí formalmente el cargo de Director de Epidemiología y del Control de Enfermedades Transmisibles.

Oí que otros trabajadores de las oficinas de salud pública se lamentaban de que sus médicos no les comunicaban las enfermedades. Pero descubrí rápidamente que los médicos de Seattle estaban contentos por participar activamente en la averiguación de enfermedades significativas. La publicidad de diarios relevantes luego estimuló la comunicación de los médicos particulares y del propio público. Pasé a ser notificado de cosas que necesitaban más investigación de la que yo era efectivamente capaz de realizar. Así, la comunicación se volvió fundamental. La importancia de la comunicación adecuada con la comunidad se volvió algo natural.

Los problemas cambiaban de acuerdo con la estación y el año. La poliomielitis fue un gran problema por aquel entonces. Fue una causa célebre para la nación desde el comienzo del siglo hasta los años cincuenta. Ya mencioné como me involucré en 1953, en un programa de gama-globulina en Ohio. 1954 fue el año en el que la vacuna Salk fue testada en una docena o más de lugares en Estados Unidos.

Por esta época, en junio de 1955, surgió otro gran problema, la enfermedad estafilocócica. El Dr. Bill Kirby, maestro de enfermedades infecciosas en la Universidad de Washington, me llamó para decirme que algo estaba sucediendo en el Hospital de Fort Lawton, que él pensaba que debía ser investigado. Habían tenido brotes de absceso de mama en una mujer al dar a la luz, y, algunas semanas después del alumbramiento, murió de septicemia. Tomé una providencia simple. Pedí que me diesen un

listado de todas las mujeres que habían dado a la luz durante los últimos tres meses, con la edad, dirección y número de teléfono. Estuvimos sentados por algunos días telefoneando a todas aquellas mujeres para conseguir información sobre cualquier cosa que pudiese haber acontecido con ellas o con sus bebés en el hospital o después. En dos noches, toda la epidemiología de la enfermedad estafilocócica estaba clara: el origen era hospitalario, se trataba primariamente de una enfermedad de los bebés y solo secundariamente de las mujeres. Amplié la averiguación a cinco hospitales de la ciudad y luego fui capaz de demostrar que aquélla era una infección básicamente de origen hospitalario. Era evidente que se trataba de algo de origen hospitalario, ya que la mayoría de los bebés solo se enfermaban después de haber ido a casa. Fui al fondo en eso y el tema se volvió parte importante de mi trabajo durante los seis años siguientes. Investigué la enfermedad estafilocócica, me torné participante activo en muchas conferencias locales, nacionales y por fin, también internacionales. Organizamos muchos comités de control de infección hospitalaria. Progresivamente me fui ocupando escribiendo y publicando los resultados de estas averiguaciones, una tarea trabajosa. Mi secretaria tenía que dactilografiar los manuscritos media docena de veces.

Durante el trayecto, tomé conocimiento de la presencia de la enfermedad estafilocócica en pollerías. Ahora tenía que investigar también aquello. Las pollerías procesaban los pollos, mataban, desplumaban y achuraban las aves, pero después pasaban los animales a estanques de cloro. Con la introducción de antibióticos de amplio espectro, los procesadores empezaron a usar baños de antibióticos en vez de baños de cloro. Eran tetraciclinas, antibióticos de amplio espectro. El problema con las tetraciclinas era que los estafilococos luego desarrollaron linajes fuertes. Como quiera, las pollerías decidieron abandonar los baños de cloruro y pasaron a los baños de aureomicina. Haciendo eso, un par de semanas después una gran parte de los empleados de las pollerías empezaron a desarrollar ampollas y abscesos. Viendo todo aquello, me interesé en investigar hasta que extensión había llegado la infección estafilocócica entre animales y trabajadores. Tuve que contratar un estudiante de medicina que ya estuviera formado en veterinaria. Las infecciones estafilocócicas en animales eran un problema transmisible. Publicamos al respecto, por tanto, en los Informes de Salud Pública.

Algunos restaurantes conservaban la carne de las aves en determinadas temperaturas con lámparas de infra-rojo, lo que era excelente para el paladar. Pero frecuentemente estas lámparas de infra-rojo mantenían también la carne en una temperatura que no era mortal, y sí incubadora para los estafilococos. Tuvimos muchos brotes de envenenamiento estafilocócico de origen alimenticio en restaurantes que estaban usando lámparas infra-rojas para conservar sus carnes. Por lo tanto, teníamos que estar listos para entrar en todo tipo de cosa.

Mientras estuve en Seattle, era epidemiologista y siempre me preocupé por cuestiones de población. Cuando investigamos enfermedades, o en cualquier programa de salud pública, estamos hablando de población. Es una parte natural de la epidemiología y de la salud pública, pero hasta 1965 no había prestado atención al exceso de fertilidad específicamente como una causa de la pobreza. Estábamos en los años 50. Había una creciente preocupación con relación al exceso de fertilidad y a la explosión demográfica. Ciertamente tenía conciencia que estas grandes familias tendían a ser mucho pobres, empezando por la nuestra. Había sido el niño del medio entre otros nueve durante la Depresión y estaba bien consciente de la pobreza que nos asaltaba. Cuando empecé a investigar epidemiológicamente las enfermedades, ciertamente percibía la gran relación entre todos los tipos de problemas y la reproducción ilimitada. Pero en aquel momento no estaba pensando específicamente en

programas de control de natalidad. Tales cosas no estaban, por aquel entonces, en mi esfera de actividad.

Después de cerrar aquel estudio en 1959, aún tenía a la disposición algunos miles de dólares y contraté dos estudiantes de medicina para me ayudasen en un proyecto que tenía en mente. Requerí sus servicios, durante noches y fines de semanas en los archivos municipales, examinando los antiguos registros de óbito. Estábamos específicamente interesados en varias enfermedades, pero luego entendimos qué teníamos que incluir todos los registros de óbito, comenzando desde el primero, con fecha de 1881. Examinamos cada registro y clasificamos todo por edad, sexo, causa y tiempo. Aquello que en el inicio parecía ser un proyecto arduo y trabajoso, se volvió enseguida en algo realmente fascinante. Examinando sistemáticamente los registros antiguos, lográbamos un entendimiento extraordinario de lo que estaba sucediendo en la comunidad.

Cuando los ferrocarriles fueron construidos durante la década de 1890, aquello trajo cambios inmediatos. Accidentes, por supuesto, pero también cambios en los suicidios. Algunos de los trabajadores ferroviarios cometían suicidio atando cartuchos de dinamita en la cabeza. Luego del cambio de siglo, durante la carrera del oro en Alaska, no había registros formales en el país. Las muertes acontecían en Alaska pero eran registradas aquí. Era fascinante recorrer los registros de muerte documentando los principales traumas, los accidentes de trenes y las avalanchas de nieve. Bill Foege y yo conocemos la experiencia de recorrer sistemáticamente todos los viejos registros de óbito desde 1881 hasta 1960 como una de las más educativas que habíamos tenido. Esto realmente nos dio un entendimiento más firme sobre como muchos de estos problemas habían evolucionado y un mejor entendimiento de los diversos determinantes de la muerte.

Otro proyecto de investigación durante los años 50 fue el diagnóstico de los efectos de la exposición a la radiación. Leí extensamente al respecto y me volví consciente de que el uso del diagnóstico por medio de rayos x era un peligro real en la comunidad. Durante los años 40 y 50 los principales pediatras recomendaban que el fluoroscopio fuese usado cada seis meses sin ninguna preocupación adecuada con la exposición de los pacientes a la radiación. Del mismo modo, los dentistas estaban usando rayos x con gran liberalidad. Creo que este uso excesivo e inútil por parte de científicos y médicos durante la primera mitad del siglo pasado debe haber aportado para la cosecha actual de muchos cánceres de cabeza y cuello, de enfermedades de Parkinson y otras demencias. Empecé a hablar abiertamente sobre el tema a los pediatras y a la Asociación Dental del Estado de Washington. Cuando entiendo algo y creo en esto, no me importa que un mundo de otras personas piense lo contrario. Como consecuencia, la Asociación Dental del estado de Washington envió una docena de sus miembros para hablar con el Dr. Lehman e intentar callarme.

En el verano de 1960 hice un extenso estudio sobre la epidemiología y el tratamiento de cáncer de pulmón. Descubrimos que para el cáncer de pulmón el diagnóstico y el tratamiento precoz realmente no ayudaba mucho. La tasa de sobrevivida de cinco años era de apenas un cinco por ciento. Así, con certeza, el énfasis debía ser en la prevención del humo.

7. Transferencia para Europa.

Había venido a Seattle en noviembre de 1953, nombrado como oficial del Servicio de Inteligencia Epidemiológica, promovido después a Director de Epidemiología y Control de Enfermedades Contagiosas del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos. Allí estaba realmente en una situación maravillosa, trabajando con personas que adoraba, con problemas desafiantes y viviendo bien, aunque de modo bastante simple. Pero yo había sido criado biculturalmente en Dinamarca Occidental, en Wisconsin, y soñaba con ir a Europa, especialmente a los países escandinavos. El Dr. Andrew Sackett, jefe de la División de Cuarentena Extranjera del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos en Washington estaba visitando Seattle para inspeccionar las actividades portuarias y de cuarentena del Noroeste. [Entre una inspección y otra] pudo encontrarse con el Dr. Sandy Lehman, mi superior, y conmigo mismo. En esta ocasión Sackett mencionó que el Dr. Edward O'Rourke, jefe del departamento médico en la embajada en Londres, de algún modo había trabajado con cuestiones epidemiológicas.

Pero el gobierno americano quería fortalecer la actividad epidemiológica en Europa, y el Dr. O'Rourke iba a regresar el próximo verano de 1961. Sackett sugirió que yo debía sustituirlo. Hicimos lo posible para que fuese nombrado en el lugar de O'Rourke como consultor en epidemiología del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos en Europa. Lo conseguimos. Aquello alteró mi vida. Parte de la justificación para la actividad epidemiológica en Europa eran, de hecho, los problemas consecuentes de una posible guerra biológica. Así, tuve que pasar por un programa de orientación en Fort Dietrick, en Maryland, el cuartel general de los peritos en guerra biológica del Servicio de Salud Pública. Esto estaba sucediendo exactamente en el pico de la Guerra Fría. Fue en verdad el inicio de una gran aventura. Al inicio intenté ligarme a la rama europea de la Organización Mundial de la Salud, con sede en Copenhague, pero ellos insistieron en que yo debía permanecer en París. Tendría que quedarme allí, como consultor epidemiológico para la Región Europea, y donde quiera que surgiese una epidemia de gran extensión, tenía que ir e investigar.

A fines de diciembre, en el Reino Unido, surgió el primer brote de viruela del que había tenido conocimiento. Una niña paquistaní de siete años había venido de Karachi en la tercera semana de diciembre y en una semana se había enfermado. Internada en el Hospital Infantil de Bradford en Yorkshire, falleció rápidamente. Inicialmente mal diagnosticada, once días después una de las cocineras del Hospital Infantil de Bradford y el padre de una de las otras pacientes cayeron enfermos con una viruela virulenta y hemorrágica. Fue en este momento que reconocieron la enfermedad. El patologista que hizo el examen post mortem de la niña paquistaní nunca había sido vacunado contra la viruela. Se vacunó en aquel mismo día, pero ya no había más tiempo. El hospital estaba con media docena de casos pediátricos de viruela, además del propio patologista que había contraído la enfermedad. Cuatro días después pude visitarlo, pero él sobrevivió apenas otros cinco. Lo curioso era que el Reino Unido había pasado por un intenso movimiento contra las vacunas. La vacunación había sido compulsiva en el siglo diecinueve y el pueblo había reaccionado negativamente a cualquier compulsión. Había un fuerte activismo anti-vacunatorio. A causa de eso, el patologista, nunca había sido vacunado, ni tampoco diecisiete de las cincuenta seis enfermeras del hospital infantil.

Entonces aparecieron nuevos casos de viruela en Alemania Occidental. En el año siguiente aparecieron otra vez en Inglaterra, en el País de Gales, y también en Estocolmo. Tuve que ver un montón de viruela durante éstos dos años, más de lo que ya había visto en muchos años. El aumento de los viajes, la inmigración de Pakistán y de India y el tráfico comercial de África trajeron la viruela

repetidamente para Europa, lo que era al mismo tiempo interesante y desafiante. Otra epidemia de importancia capital fue la epidemia de tifo en Zermatt en Suiza en el invierno-primavera de 1963. Y antes de eso, en 1961 y 1962, ocurrió la histórica epidemia de talidomida, con millares de niños naciendo sin los miembros normales.

8. La vuelta para la Universidad de Washington.

Mientras estuve en Europa, me mantuve ocupado escribiendo y sometiendo a publicación muchas cosas que había hecho en Seattle. Esto hizo que fuera invitado a ser miembro a tiempo completo en la Facultad de la Universidad de Washington, como maestro asociado de Medicina preventiva. Durante años yo había buscado tiempo libre para completar la investigación sobre mi viejo concepto, de que el cáncer sería el producto de una evolución celular maligna. Sabía que necesitaba de alguna paz y tranquilidad para poder sumergirme de lleno en el tema. Ésta era mi principal motivación para volver a Seattle, ir para la Universidad. De hecho, fue lo que hice.

Antes de ir, había investigado la relación entre humo y cáncer de pulmón. Y cuando comencé en la Universidad de Washington, en septiembre de 1963, una de las primeras cosas que realmente me impactaron fue ver como más de la mitad de mis colegas de profesión, fumaban incesantemente, pasillos arriba y pasillos abajo, y también en las reuniones, como si ellos nunca hubieran oído decir que esto pudiera tener alguna relación con cuestiones de salud. Pero también, en diciembre de 1963, una persona de la Sociedad Americana de Cáncer visitó la Universidad de Washington, y cuando le mostré algunas de las cosas que estaba haciendo y mi interés sobre el cáncer, me invitó al Sexto Seminario Anual de los Escritores de Ciencia patrocinado por la Sociedad Americana de Cáncer que se realizaría en marzo siguiente, en Florida. Dos meses después, se puso muy claro en mi mente que no solamente se podía entender el cáncer como el producto de la evolución celular maligna, porque lo mismo ocurriría dentro de las arterias, y por lo tanto el mismo fenómeno podría explicar el desarrollo de la arteriosclerosis del sistema cardiovascular. El catedrático del Departamento de Medicina Preventiva, Dr. Thomas Grayston, había establecido una regla según la cual antes que cualquier miembro de la facultad presentase un trabajo, éste tendría que ser sometido al catedrático para análisis y aprobación. Así, sometí mi borrador. Y en el día siguiente él quiso almorzar conmigo. Almorzamos y él fue muy enfático en el sentido de que temía que profundizase en las cuestiones que envolvían enfermedades cardiovasculares y cáncer, como estaba haciendo, y dijo que no podría aprobar mi presentación del trabajo en el Congreso de la Sociedad Americana de Cáncer. Bien, éste era un concepto que yo estaba desarrollando ya hace catorce años, y mis puntos de vista sobre libertad intelectual diferían de las de él. Me calmé y sugerí que, ya que él se estaba embarcando al día siguiente para ir a Taiwán, mostraría el trabajo al maestro Asgaard y a varios otros responsables del departamento y me guiarían por sus reacciones sobre presentar o no el trabajo en Florida. Grayston concordó, pero la verdad es que le habría sido muy duro rechazar esta propuesta. Así procedí según había sido acordado. Y cuando el maestro Asgaard y el Departamento de Patología no vieron ningún problema en el trabajo, no pude entender por qué no debía presentarlo. Fui a Florida y presenté el trabajo, pero solamente logré una respuesta moderada de la asamblea de los principales escritores nacionales de ciencia. La mayoría de ellos estaban fumando mientras oían las presentaciones sobre cáncer. Allí estaban, entre los presentes, tres ganadores de Premio Nobel.

Cuando Grayston volvió de Taiwán mandó llamarme nuevamente para almorzar. Esta vez, sin embargo, estaba enfurecido conmigo, diciendo que el modo con que yo había envuelto al maestro Asgaard y a los demás jefes de departamento lo había desacreditado. Imprecaba de un lado para otro por yo haber hecho aquello.

9. Inicio del trabajo en la USAID.

Fue en el encuentro anual de la Asociación Americana de Salud Pública en Chicago cuando pude describir para mi amigo del Control de Enfermedades Contagiosas, Dr. Ernie Tierkel, los problemas que estaba teniendo con Grayston. Él entonces me contestó: "***Estamos en este momento empezando un programa mundial de población y planificación familiar. ¿Por qué no viene usted y dirige el programa?***" Fue esta invitación que me llevó a la USAID, para dirigir el desarrollo de un programa mundial de población y asistencia en planificación familiar.

En abril dejé la familia en Seattle terminando la escuela y volé para Washington donde comenzaría mi nuevo trabajo. Inicié como jefe del sector de población del Servicio de Salud de la Oficina de Cooperación Técnica e Investigación de la USAID.

La función se presentaba como siendo de gran importancia. El Presidente Lyndon Johnson ya había hecho cerca de treinta discursos enfatizando la importancia de una acción para contener la explosión demográfica, la "***tarea más importante***", según sus palabras, "***después de la paz***". Mirando desde Seattle, me parecía que iría a recibir todo lo que necesitase para ejecutar tal programa en Washington. Pero cuando llegué allí, casi me desmayé al ver el abismo que había entre lo que yo esperaba y lo que de hecho poseía en manos. Aunque el presidente repitiese innumerables veces cuán importante era aquello, todo lo que yo tenía de hecho era una oficina del tamaño de esta sala, de quince pies cuadrados, en el Departamento de Estado, una secretaria y ningún recurso en dinero. Se suponía que con esto yo sería capaz de producir la caída de la tasa mundial de natalidad.

Durante mi primer año de trabajo, en 1966, traté de conseguir dos otros asistentes, pero no conseguí una segunda secretaria. Mientras tanto, había muchos otros obstáculos en el camino. No solo no había personal y dinero, pero el administrador de la USAID, David Bell, que había sido el administrador hasta la semana anterior a mi llegada, cuando dejó el cargo para volverse vice presidente de la Fundación Ford en Nueva York, había prestado testimonio en el viernes de la semana precedente, delante del Comité del Senador Ernest Gruening, respecto a que la USAID no tenía necesidad de ninguna nueva política poblacional. Que la USAID no necesitaba de ningún recurso adicional. Y que la USAID no tenía motivos para tener que distribuir anticonceptivos.

Fue óptimo que hubiese salido. Aquello con certeza dejó claro por qué cuando llegué la taza estaba llena. Él no había hecho nada durante los tres o cuatro años en los que había sido administrador.

10. La vida del General William Draper.

De todos modos, ya había entrado en el barco y estaba aprendiendo donde estaban los nudos. Empecé a familiarizarme con un montón de gente que ya trabajaba con cuestiones poblacionales, tanto en agencias especializadas como entre particulares y voluntarios. Luego pude conocer al General William Draper, un talento extraordinario que merece un gran crédito por su liderazgo en la cuestión poblacional durante aquellos años.

El General Draper era básicamente un banquero de Wall Street. Su padre había sido odontólogo en el área de Nueva York. Bill Draper estudió economía en la Universidad de Nueva York. Vino la Segunda Guerra Mundial y él estaba ansioso para luchar en Francia. Pero nunca fue para Francia, porque su talento en programas administrativos era tanto que aún como joven teniente, y después como capitán y mayor, era administrativamente tan competente que en el último año de la Primera Guerra Mundial estaba comandando una unidad militar en el extremo sur de Long Island cuidando de las bajas. Entre las dos guerras mantuvo su comisión como militar de la reserva, aún mientras trabajaba en Wall Street para Dillon y Reed. Durante la crisis de 1929 era jefe de personal de Dillon y Reed. Cuando Dillon y Reed se fue reconstruyendo en 1930, Draper desempeñó un papel clave en la construcción del puente de la Bahía de San Francisco Oakland. En todo lo que entraba, era una fuerza. Entonces en 1940, cuando la guerra comenzó, activó su comisión en la reserva y se volvió un coronel de infantería. En 1944, cuando ya era Comandante Encargado de División, entrenando tropas en Hawai, recibió una llamada de George Marshall que requería de él para otro trabajo. Volvió a Washington y, cuando la guerra se aproximó al fin, se embarcó para Europa, se quedó algún tiempo en Paris, después fue a Rusia, siendo finalmente nombrado Zar Económico Jefe junto con el General Lucius Clay, desempeñando un papel importante en el resurgimiento de Alemania.

Cuando Jim Forrestal se volvió Secretario del Ejército, William Draper se volvió subsecretario y desempeñó otro papel importante en el cambio de la política americana para con el Japón. Draper ayudó decisivamente a persuadir el Congreso y más personas envueltas sobre el cuanto era necesario que la política con el Japón se alterase desde la exigencia de reparaciones para un esfuerzo conjunto que buscara el desarrollo del país, lo que le conquistó la gratitud eterna de los líderes japoneses. Entonces, al inicio de los años 50, se reformó en el Ejército, trabajó para Dillon y Reed durante algún tiempo, fue director de la Compañía Ferroviaria de Long Island y después se volvió director de la Compañía de Luz y Fuerza de México, que estaba pasando por dificultades. Draper asumió la tarea y rápidamente colocó la Compañía para andar por sí misma. Cuando la empresa se había convertido en una potencia, el gobierno Mexicano la nacionalizó. Pero, mientras él aún estaba en México, en 1958, el presidente Eisenhower lo nombró presidente de una comisión para estudiar los programas de asistencia económica y militar de Estados Unidos en la post guerra.

Con mejores comunicaciones, transportes, productividad agrícola y salud pública, una rápida mejora de condiciones ocurrió en muchos países de todo el mundo y, con eso, también una rápida caída de las tasas de mortalidad. En Europa esto no era propiamente un problema porque ellos tenían una tradición de control de natalidad, pero en los países menos desarrollados fue un desastre, porque éstos no tenían tradición de control de natalidad y la rápida caída en el control de la mortalidad significaba un rápido crecimiento de la población, sin que se registrase el mejoramiento de las demás condiciones. En respuesta, el presidente Eisenhower creó en 1958 una comisión para el estudio del Programa de Asistencia Económica y Militar de Estados Unidos, y colocó a Draper en la presidencia. El general disponía de un panel de peritos, como Hoffman, el jefe de la Studebaker Corporation, y más personas

de proyección. Entre muchas recomendaciones, la comisión incluyó que Estados Unidos debería auxiliar a los países menos desarrollados que tuviesen problemas poblacionales. Draper entendió la importancia de la cuestión y dedicó los últimos diez años de su vida en ayudar de todas los modos que pudiese a solucionar los problemas mundiales de población. En la época en que yo volví a Washington él era presidente del Comité de la Crisis Poblacional con sede en Washington, D.C., y su secretaria directiva, Phyllis Piotrow, fue de una tremenda ayuda para hacer que las cosas empiecen a caminar en Washington. Me ocupé en conocer a estas personas.

11. Dificultades para alterar las políticas de la USAID.

En el verano de 1961, intenté alterar la política de la USAID con relación a los anticonceptivos, entendiendo qué no podría tener un programa de asistencia efectivo si no podíamos suministrar anticonceptivos. Para alterarla, en julio escribí un memorándum dirigido al administrador. Guardó el documento hasta septiembre, cuando lo devolvió con la marca "*desaprobado*". Cuando pregunté por qué lo había desaprobado, me contestó que pensaba que realmente aquello no tenía importancia, porque cuando todos los directores de misión de la USAID se habían reunido en su conferencia anual en Washington durante el mes de septiembre, había preguntado si la incapacidad de suministrar anticonceptivos podría dificultar el desarrollo de programas efectivos de población y todos habían contestado unánimemente que no. Yo, sin embargo, hasta muchos meses después, cuando visité India, no conseguía entender por qué cualquiera de ellos podría haber dicho una cosa como esta.

En octubre y noviembre hice un viaje alrededor del mundo, incluyendo India y Pakistán. USAID tenía en India un gran programa de asistencia, cerca de un cuarto de mil millones de dólares por año, una gran cantidad de ayuda en provisiones. Pero no sabía, hasta que estuve personalmente en India, que de este cuarto de mil millones de dólares, solamente ocho millones de dólares eran asistencia bajo la forma de donaciones en dinero, mientras que lo demás era constituido de ayuda bajo la forma de préstamos, y que ésta ayuda en préstamos no era de mucha ayuda. Y, con certeza no sería de mucha ayuda para lanzar un programa poblacional. Percibí entonces que, meses antes, cuando Bill Guad, el administrador que había quedado en el lugar de David Bell, preguntó si nosotros deberíamos alterar la política sobre anticonceptivos, el Dr. John Lewis, director de la misión de la USAID para India, habría gastado apenas un nanosegundo para comprender que, si el cambio se hubiera hecho, serían aquéllos ocho millones de dólares los que se destinarían a comprar los anticonceptivos en vez de los fertilizantes para desencadenar la Revolución Verde, el proyecto en el que estaban siendo usados aquellos recursos. Pude entender, por lo tanto, que no sería posible construir ningún programa efectivo de asistencia en planificación familiar, si no conseguíamos una donación substancial de dinero directamente del Congreso.

Aprendí muchas otras cosas en aquel viaje alrededor del mundo en 1966. Una de ellas fue que los programas con los DIUs, dispositivos intrauterinos, que recién comenzaban en India y en Pakistán con la ayuda del Consejo Poblacional, habían encontrado problemas. Presentaban una gran tasa de infección. Tanto en India como en Pakistán no había soporte médico adecuado para un programa de DIUs. Los DIUs eran colocados, pero muchas de aquellas mujeres, desconformes, desarrollaban infección y dolor.

En otra viaje a India, en 1970, me encontré con un líder de una villa rural. Cuando mencioné el programa de DIUs, aquel líder de una villa rural típica, de largos cabellos blancos y una gran barba, se puso infinitamente airado. Dijo que años antes algunos empleados de la planificación familiar habían venido, pusieron DIUs en muchas mujeres y después partieron. Cuando las mujeres tuvieron problemas con sangrados, fue él que, de alguna forma, tuvo que cuidar de las mujeres. El hombre estaba muy airado por el modo como estos problemas cayeron sobre su persona, diciendo que ciertamente haría todo para impedir que tales problemas volviesen a repetirse. Desde entonces los programas de DIUs en India y en Pakistán estaban parados.

En aquel tiempo varios rumores se habían diseminado en el sur de Asia sobre los DIUs. Uno de ellos era que cuando los DIUs se ponían en las mujeres ellos no permanecían siempre en el útero. Algunas veces se trasladaban y, cuando alcanzaban el cerebro, las mujeres morían. Otro rumor era sobre los hilos de nylon que tienen los DIUs para posibilitar su remoción cuando ésta era necesaria. Corría la historia de una mujer y de su esposo que, después de una relación, se quedaron presos por el filo de tal modo que nunca más pudieron ser separados. Fue llamada una ambulancia para llevarlos, presos uno al otro, a un hospital. Durante la cirugía que intentó despegarlos, el esposo murió.

El programa de DIUs estaba casi muerto en el sur de Asia y nunca volvió a revivir en gran escala. Estuve también en Pakistán, donde conocí los líderes paquistaníes Enver Adil, el jefe del programa, y la Dra. Nafis Sadik, su auxiliar. Estuve también en Corea, en Taiwán, en Hong Kong y en India.

De cualquier forma, volviendo de Asia, se puso muy claro, en 1966, que si no conseguíamos recursos substanciales en dinero, no podríamos construir cualquier tipo de programa efectivo. Me reuní inmediatamente con el General Bill Draper y Phyllis Piotrow, del Comité de la Crisis Poblacional, y rápidamente les convencí que ésta era una necesidad de alta prioridad. Bill Draper se dirigió al Senador William Fullbright, presidente del Comité de Relaciones Exteriores del Senado, y él se mostró dispuesto a ayudar. Fue el senador quien ayudó a desarrollar la Enmienda del Título Diez en la Ley de Asistencia Externa, que estableció fondos para el Programa de Población de la USAID dentro del conjunto de la Ley de Asistencia Externa. Aprobada la enmienda, para el año fiscal de 1968, recibimos U\$35 millones. Para el año de 1969, U\$50 millones. Para el año de 1970, U\$75 millones. Para el año de 1971, U\$100 millones. Para el año de 1972, U\$125 millones. Habíamos conseguido los recursos necesarios para organizar un programa de asistencia poblacional efectivo.

No fue tan difícil pasar la legislación. En verdad todo fue hecho de un modo muy simple por el Senador Fullbright. Él y su comité votaron, pusieron la enmienda en la Ley de Asistencia Externa, para que entre en vigor ya en el año fiscal de 1968, y la sanción vino por la firma del presidente Johnson el 2 de enero de 1968. Así, repentinamente, teníamos U\$35 millones con que trabajar.

12. Se inicia la organización del equipo.

En 1966, cuando yo ya sabía que teníamos que conseguir dinero, aún apenas teníamos personal. Pero todo se alteró al final de enero de 1967, al reorganizarse la Agencia, con el liderazgo del vice presidente Hubert Humphrey, que creó la Oficina de la Guerra contra el Hambre. Me torné el director

del Servicio de Población de la Oficina de la Guerra contra el Hambre, con lo que ascendí un grado en el organograma de la USAID. Y eso me dio el derecho de contratar veintiocho cargos personales. Súbitamente pasé de cuatro para veintiocho. La mayor parte del resto de aquel año fue utilizada en la contratación de las veinticuatro personas más.

Así, en 1967, había conseguido el personal del que necesitaba para construir el programa y, en 1968, conseguí los fondos. Más aún, el administrador Gaud, en 1967, alteró la política de la Agencia para que nosotros pudiésemos suministrar anticonceptivos. Había intentado conseguir eso de él mismo en julio del año anterior, pero Gaud había colocado todo a perder y creo que aquello le estaba doliendo mucho en la conciencia de él. De hecho, cuando más tarde Gaud se presentó en el edificio del Comité de Asuntos Extranjeros y el presidente, Clem Zablocki, al final de la audiencia, le preguntó si planeaba cambios en la política de la USAID, Gaud contestó que no. Pero entonces se recordó la cuestión de los anticonceptivos y añadió que quizá, pues parecía que nosotros podríamos tener que empezar a suministrar algunos anticonceptivos. Zablocki, que era un católico de Milwaukee, preguntó: "**¿Habrá alguna coerción?**" A lo que Gaud contestó: "**No, no haremos ninguna coerción**". Entonces, con eso, la política se cambió.

13. Se establecen los objetivos.

Tenía un gran interés en desarrollar varios medios de control de fertilidad, especialmente los DIUs, que estaban lejos de ser perfectos. Por tanto, en cuanto conseguimos el dinero, comenzamos un cierto número de proyectos de investigación.

Refleje muy bien cuál sería el principal nuevo método de control de natalidad que teníamos que investigar. Definimos que sería

"una substancia no tóxica y completamente efectiva la cual, auto administrada en una única dosis, garantizaría el estado de no embarazo durante todo un ciclo menstrual y que, adicionalmente, para garantizar a la mujer el estado de no embarazo, pudiese efectivamente interrumpir un embarazo no deseado".

Éste sería el nuevo y definitivo método necesario para aquel momento. Pero en 1968 iniciamos suministrando solamente preservativos y anticonceptivos orales.

Mientras tanto, yo no tenía aún el equipo de que básicamente necesitaba. Algunas veces teníamos que traer gente de adentro de la burocracia que tenía que ser reentre nada. Pero cuando había voluntad de trabajar, había una multitud de trabajo para ser hecho. Y ellos pudieron aprender. Mientras el equipo era providenciado, yo también tenía que definir la estrategia fundamental que estaríamos siguiendo. Se puso claro para mí, en 1967, que nos estábamos desbordando con lo que era realmente un agigantado programa de salud pública. Teníamos que conseguir los medios más efectivos de control de la fertilidad y tornarlos inmediatamente disponibles para las mujeres y las parejas en todo el mundo menos desarrollado. El énfasis estaba en cambiar una condición en la que ellos no tendrían esta opción para otra en que tendrían la opción de controlar la fertilidad a través de medios efectivos. Porque sin

medios efectivos aquellas parejas estarían condenadas a tener ocho, diez o más hijos por familia. Esto se puso claro para mí en 1967, y en 1968 publiqué nuestra estrategia diversas veces, especialmente en dos artículos de la revista Science, el primero en febrero de 1968, y el segundo, que intitulé "*AID's Family Planning Strategy*", publicado el 10 de enero de 1969.

En verdad, cuando ingresé en la USAID, la agencia estaba llena de economistas, muchos de los cuales pensaban que yo era un médico clínico. Tenían mucho poco conocimiento de epidemiología y salud pública. En Seattle había dirigido programas de vacunación, tornando la vacunación tan fácilmente accesible que casi todos los niños eran inmunizados. Así, cuando tuve que pasar para la cuestión del control de la natalidad, se había vuelto natural para mí que la primera acción necesaria sería hacer mucho más fácilmente disponibles a los países menos desarrollados los medios más efectivos de control de fertilidad. Los anticonceptivos orales eran los más obviamente necesarios. Así como los preservativos y los medios quirúrgicos.

En China el pueblo estaba caminando hacia la "*revolución cultural*". Habían hecho algunas tentativas ineficaces de programas de control de natalidad que comenzaron en 1962. Entonces, al final de los años 60, vino la Revolución Cultural de Mao, que aplazó aún más un programa de control de natalidad efectivo. Creo, por tanto, que sea probable que los dos artículos que surgieron en Science, el primero en 1968 y el segundo en enero de 1969, hayan sido leídos por los expertos y por los líderes chinos y que pueden haber reforzado su entendimiento de lo que China realmente tendría que hacer. Los artículos documentaban la estrategia que estábamos siguiendo, mostrando que Estados Unidos estaba desarrollando un programa de asistencia esencialmente poblacional de planificación familiar, con énfasis en tornar disponibles todos los medios más efectivos de contracepción, más el aborto. Mi hermano Albert Ravenholt, correspondiente de guerra de la United Press durante la Segunda Guerra Mundial, era bien conocido por Chu En Lai en Chungking por aquel entonces. Cenaban juntos con frecuencia. Chu En Lai era el número dos en el gobierno comunista de China, y habría estado envuelto en la elaboración de la estrategia china para el fuerte programa de planificación familiar que fue lanzado en 1970 junto con su cuarto Plan Quinquenal.

A la medida en la que dirigía el programa, no había dudas sobre cuál sería nuestra estrategia. Pero desde 1977, con el presidente Jimmy Carter, la adhesión al Principio de la Disponibilidad de Anticonceptivos se fue aflojando progresivamente. Las líneas maestras del primitivo programa de asistencia habían sido creadas en 1966 y 1967 por nosotros y por el Departamento de Estado, especialmente a través de la colaboración de Phil Claxton, asistente especial para temas de población del Secretario de Estado Dean Rusk. En cierto sentido, estábamos abriendo la puerta de entrada para que el personal del Estado y de la USAID pueda ocuparse [del tema] y ofrecer soporte para el desarrollo de los programas de asistencia a la planificación familiar.

Estábamos creando muchos proyectos nuevos. Teníamos el dinero, U\$75 millones, U\$100 millones, U\$125 millones, y teníamos equipos creativos. Así, creamos muchos proyectos nuevos. Todo año publicábamos un volumen del "*Population Program Assistance*". Allí nuestros proyectos estaban distribuidos en seis categorías. Joel Bernstein, mi jefe, cuando se enfrentaba con un gran número de proyectos, tenía dificultad en entender para que sirvieran. Quería ver algún orden en todo eso, para tornar todo más comprensible, y a que se destinaba cada proyecto. Realizamos cierta vez un encuentro, donde todo el tema de los seis objetivos fue esquematizado por nuestro equipo principal junto con Joel Bernstein, su auxiliar y algunos otros empleados del programa.

PRIMER OBJETIVO.

El primer objetivo fue el desarrollo adecuado de los datos demográficos y del programa. Después de algún tiempo, la Investigación Mundial de Fertilidad se volvió la mayor parte de este objetivo.

SEGUNDO OBJETIVO.

Enseguida, el desarrollo de políticas poblacionales adecuadas. Siempre estuvimos envueltos con el desarrollo de políticas, particularmente con lo que era respecto al Departamento de Estado y a las políticas de planificación familiar de todos los países en los que estábamos preocupados.

TERCER OBJETIVO.

La tercera categoría es el desarrollo de mejores medios de control de la fertilidad y de medios de entrega más eficientes. Esto se quedaba a cargo de nuestra división de investigación y del Dr. Joe Speidel. Hubo un tiempo en el que, durante media docena de años por lo menos, nosotros operamos el programa de desarrollo de tecnología de control de natalidad más vital del mundo. Planeábamos en su totalidad lo que queríamos y enseguida nos dirigíamos vigorosamente, de modo eficiente y directo, para obtenerlo.

Para la investigación, había planeado completamente lo que sería el más importante nuevo medio de control de natalidad que posiblemente conseguiríamos lograr. Éste sería, puesto bajo la forma de una definición,

"una sustancia no tóxica y totalmente efectiva, que auto administrada en una dosis única aseguraría el estado de no embarazo durante un ciclo menstrual".

En diciembre de 1969 pude participar de un encuentro de donadores en Estocolmo sobre el programa de planificación familiar de India. Mientras allí estaba, el Dr. Ulf Borrel, ginecólogo sueco del Instituto Karolinska, quien me habló sobre el éxito demostrado del uso de la prostaglandina para la interrupción del embarazo. Me pasó la información de que ellos habían acabado de usar prostaglandinas para la interrupción de dos embarazos no deseados en el Instituto Karolinska. En otras palabras, estaba claro que la prostaglandina tenía implicaciones en la interrupción de un embarazo no deseado. Volviendo de Estocolmo, pedí la ayuda de Joe Speidel, que se había graduado en Química en Harvard antes de cursar Medicina. Las prostaglandinas estaban ahí envueltas. Empezamos a hacer donaciones a varias organizaciones para este propósito. Y, de hecho, conseguimos avanzar muy rápidamente en este campo.

Del mismo modo, nos movilizamos para mejorar el equipo de laparoscopia, necesario para realizar mejores servicios de laqueaduras rubricas. Tuvimos, por tanto, un programa de investigaciones muy activo para el desarrollo de tecnología de control de fertilidad.

CUARTO OBJETIVO.

La cuarta categoría decía respecto a la entrega de procedimientos y servicios. Esto está bajo el título de Investigación Operacional. Cuando llegamos al problema de los anticonceptivos, sabía que la principal cosa que tendría que cambiar sería en el sentido de que los anticonceptivos pudiesen estar realmente allí, en el mundo, allá afuera y en el lugar cierto, donde las jóvenes pudiesen realmente obtenerlos con facilidad y utilizarlos. Así, ejecutamos todas las acciones en las que pudimos pensar para tener certeza que tal cosa sucedería.

La logística siempre fue un problema. Es impresionante como es difícil poner realmente el material allá afuera. Las cargas de preservativos frecuentemente quedan almacenadas en la capital. Es cierto que debe haber un suministro en la capital, pero ellos aún no están allí donde las personas están. Y transportarlos, primero para los estados y después para los condados, es todo un trabajo. Después deben ser transportados para las villas, pero entonces aún deberán llegar a los propios hogares. Para eso nosotros tenemos que presionar, presionar y presionar el sistema para ponerlos allí donde debe estar. Cuando obtuvimos el dinero en enero de 1968, la primera cosa que intentamos fue contratar a IPPF y el Pathfinder, agencias voluntarias privadas que podrían traer informaciones sobre todo lo que está realmente disponible en las villas y en las casas.

Por último, a fines de junio, encontramos el modo de administrar este proceso a través de dos etapas. La primera etapa era la obligación de un propósito general, habilitando los operadores al uso de una cuantía limitada para las primeras acciones obvias necesarias, como la contratación de un equipo y la instalación de una oficina de operaciones. Pero la parte principal del dinero solo se pondría disponible para uso bajo propuestas específicas de subproyectos, presentadas y aprobadas por el gerente de proyectos de la USAID. En junio de 1968 el administrador, Bill Gaud, y el General William Draper, firmaron los documentos para la transferencia de U\$2,7 millones para la International Planned Parenthood Federation, que fue el primer caso de este procedimiento en dos etapas. Esto tornó las cosas mucho más fáciles para el porvenir, para otras organizaciones privadas y voluntarias. Y nosotros mismos creamos organizaciones nuevas. Ya existía una Planned Parenthood Federation of América, pero entonces creamos a Planned Parenthood Federation of América-International Project, una Asociación para la Esterilización Voluntaria-Proyecto Internacional, y después creamos nuevas organizaciones a las cuales podríamos donar fondos substanciales, haciendo que todas las cosas pudiesen moverse con verdadera fuerza.

QUINTO OBJETIVO.

Una de las organizaciones que creamos desde el papel fue el Proyecto de Información Poblacional. Su objetivo era la elaboración de información técnica, según fuese necesario para los trabajos de campo. Conocía bien a Phyllis Piotrow cuando ella era secretaria directiva del General Draper. Unimos nuestras cabezas para concluir que realmente necesitábamos crear una organización en la cual podríamos escoger un tema, centralizar personas muy capaces para investigar rápida y totalmente el estado actual de la cuestión, fuesen anticonceptivos orales, DIUs, cualquiera otra tecnología o también cualquier otro tema, y entonces producir un documento excelente y acabado. Phyllis y yo planeamos todo para que se volviese una realidad. Se llamó Programa de Información Poblacional, inicialmente organizado en la Universidad George Washington. Allí desarrollamos la

capacidad de liderar el mundo en materia de información tecnológica sería. Éste era uno de los objetivos, desarrollar información, educación y comunicación adecuada.

SEXO OBJETIVO.

El último objetivo era el desarrollo de capacitación humana e instituciones adecuadas. Suministramos una gran cantidad de soporte a centros universitarios como la Universidad de Carolina del Norte, la Universidad de Michigan, la Universidad Johns Hopkins, la Universidad de Harvard, la Universidad de California y cerca de más una docena de universidades. Para la Universidad de Chicago suministramos soporte substancial, para una variedad de experiencias en entrenamiento. Creamos cosas enteramente nuevas en la Universidad Johns Hopkins. Creamos allí el JHPIEGO, Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics, concebido especialmente para desarrollar e implementar el programa de laqueaduras rubricas por medio de la laparoscopia.

14. La reorganización de 1972.

En 1972 hubo una reorganización que nos permitió avanzar muy rápidamente en nuestro trabajo. Durante los años en los que estuve en la USAID, fuimos repetidamente reorganizados. Comenzando en 1966, tuvimos una reorganización muy útil en 1967, adentro de la Oficina de Guerra contra el Hambre. Para 1969, fuimos reorganizados nuevamente. El Bureau de Asistencia Técnica fue creado y el Servicio Poblacional se volvió la Oficina Poblacional allí mismo . Pero en aquel tiempo cada uno de los bureaus geográficos tenía un pequeño núcleo poblacional, y nosotros simplemente no pudimos colocar en marcha los proyectos del modo que considerábamos adecuado.

Siempre dirigí el programa poblacional del Bureau Central, pero entonces en 1972 ocurrió otra reorganización, esta vez bajo la supervisión del Dr. John Hannah, el administrador de la USAID, que creó el Bureau de Asistencia Humanitaria y Poblacional, teniendo la Oficina Poblacional como la principal agencia componente. En esta época el Dr. Hanna y su auxiliar, Maurice Williams, habían desarrollado una plena confianza en mí y decidieron poner todo el personal de población de la USAID de Washington en la Oficina Poblacional, bajo mi dirección.

Antes yo tenía aquéllas seis divisiones funcionales, pero ahora mi oficina ganaba núcleos geográficos para cada región: África, Asia Oriental, Oriente Medio, Asia Meridional y América Latina. La diferencia era que estos núcleos estaban todos bajo mi dirección junto con las divisiones técnicas. Así, si decidíamos que una acción debía ser tomada en India o en Corea o en algún otro lugar, tomábamos una decisión en la Oficina Poblacional y entonces podíamos trabajar directamente con el encargado poblacional del país donde debía desarrollarse la acción e implementábamos el proyecto. Podíamos ejecutar iniciativas muy rápidamente, en días o semanas, que en otros tiempos necesitarían meses o años o aun habrían sido inviables. Éste fue un gran mejoramiento en la efectividad y eficiencia del Programa Poblacional da USAID durante los años de 1972, 1973, 1974, 1975 y 1976.

15. La promoción internacional del aborto, la Enmienda Helms y la creación del IPAS.

Pero hubo diversas cosas que sucedieron y que interfirieron considerablemente con el programa. Una de ellas fue la aprobación de la Enmienda Helms en la Ley de Auxilio Externo en diciembre de 1973.

Antes de todo, yo había logrado hacer aprobar el Título Diez de la Ley de Auxilio externo en 1967. Fue un excelente dispositivo. Habíamos ayudado a escribirlo, y así se nos ofreció la política ideal y también, por un cierto período, la configuración ideal es con eso que en 1972, cuando absorbemos los empleados poblacionales geográficos, pasé a tener un equipo de cerca de una centena de personas, solo en la Oficina de Población de la USAID en Washington. No teníamos computadoras por aquel entonces, pero podíamos lograr hacer el trabajo plenamente con 100 personas, muchas de las cuales eran muy dedicadas, listas para el trabajo duro y capaces. Durante algún tiempo yo tuve una gran falta de secretariado. Durante este período, no podía escribir muchos memorándums. En vez de eso me comunicaba con papeletas amarillas, una única página de papel amarillo para pasar las cosas adelante. Cuando quería pasar un mensaje para alguien de mi equipo, escribía una frase o dos, lo que es mucho más rápido que una llamada telefónica. Si usted hace una llamada telefónica, termina quedando preso hablando de otras cosas. Pero con la papeleta amarilla yo podía escribir algo en un momento, ponerlo en la caja de salida, la secretaria vería y providenciaría para que llegase rápidamente a la división a que se destinaba. Si sabía que alguien había hecho algo particularmente bueno, escribía una nota: "**Tom, gran trabajo en el proyecto de la Indonesia. ATV, Adelante a Todo Vapor**", y firmaría mis iniciales. Todo hecho en un minuto.

En cuanto al adversario, la Iglesia Católica Romana, tomé conciencia de que podíamos hacer casi todo, para que no produjese resultados efectivos y hubiera pocas reacciones. Pero tuve que aprender, para mi espanto, cuando alguien realiza alguna acción muy efectiva, entonces de hecho la Iglesia y las fuerzas del Vaticano contestaban con acciones protectivas. Y aquello aconteció, particularmente, en 1973. Tenía un cierto número de católicos liberales en mi equipo, incluyendo tres ex sacerdotes jesuitas, y generalmente ellos me apoyaban en lo que yo hacía.

En 1970 yo estaba en Calcuta, en India, con Joe Speidel, jefe de mi división de investigaciones, el General William Draper, y otros. La misión de la USAID había dado un préstamo, pero no con nuestra participación, para suministrar a India asistencia en transporte vehicular. Un tipo muy tedioso de procedimiento de préstamo, pero finalmente los vehículos fueron entregados a la India. Cuando visitamos Calcuta en octubre de 1970, alguien me llevó para afuera y mostró, en un campo, todos esos vehículos parados. ¿Por qué? Porque cuando habían concedido el préstamo para conseguir los vehículos para India, no providenciaron dinero para el petróleo y la gasolina. Así, los indios simplemente no tenían el dinero para operar los vehículos. Cuando se intenta hacer una acción en un país menos desarrollado, donde no hay casi nada, es necesario providenciar todos los elementos esenciales para que aquella acción ocurra. Mientras estábamos en Calcuta los diarios reportaban que el legislativo indiano, el Lok Sabha, pretendía liberalizar las leyes del aborto. Al visitar enseguida las áreas rurales de Uttar Pradesh, aquello súbitamente me causó un impacto, a causa de la falta de electricidad en las áreas rurales. Entendí qué necesitábamos desarrollar un equipo de succión uterina [para hacer abortos] que no utilizase electricidad, si quisiésemos que en India rural las leyes del aborto mostrasen resultados para el alivio de un embarazo no deseado. Así, volviendo a Estados Unidos, Joe Spiedel y yo hicimos un contrato con los laboratorios Battelle para desarrollar un equipo de succión no eléctrico. Dieciocho meses después, trajeron un equipo para mostrarnos y que obviamente no servía y

que nadie iría a usarlo. Estaba exasperado y dijo: "*¿Si no puede hacerlo usted mismo, por qué no llama Harvey Karman para ayudar?*" Harvey Karman era un abortero profesional de la Costa Oeste, que no era médico, pero había imaginado cosas simples: canaletas de plástico. Y él también usaba una jeringa común para aplicar la succión. Battelle entonces empleó a Harvey Karman y él ayudó a encaminar el proyecto. En la primavera de 1973, ambos volvieron a mi oficina pero esta vez me mostraron lo que yo estaba buscando. Se trataba de una jeringa modificada con un afastador que podía ser trabado y que tenía una válvula operada por el pulgar en la frente, de tal manera que con una canaleta de plástico usted podría cerrar la válvula, pujar el émbolo y cerrarlo, dejando el vacuo retenido en la jeringa. Entonces el cirujano podría inserir la canaleta a través del cuello para adentro del útero, abriendo gradualmente la válvula de tal modo que pudiese aplicar una succión mientras hacía un movimiento de legrado. Se trataba de una manera muy eficiente de interrumpir embarazos precoces. Me pareció bastante ideal. Pedimos inmediatamente al Programa Internacional de Investigaciones de Fertilidad, ubicado en Carolina del Norte, que habíamos creado en 1971, que testase el nuevo equipo.

A través de la Administración de Servicios Generales del Gobierno de Estados Unidos compramos mil kits de regulación menstrual. Rápidamente suministramos algunos cientos de estos aparatos para tocólogos, ginecólogos e investigadores colaboradores escogidos de muchos países dentro del Programa Internacional de investigación en Fertilidad. Después de algunas semanas el retorno, dejó claro que los kits de regulación menstrual [para aborto] estaban trabajando muy bien. Encargamos más diez mil kits. Cada kit podía ser usado muchas veces. Tengo una amiga, tocóloga y ginecóloga en Malasia, que usando un solo kit, con algunas reposiciones de canaletas, logró realizar 6.800 interrupciones de embarazo.

Esto, en términos de costo, era notablemente efectivo. De hecho, algunas mujeres llegaron a usarlo en sí mismas, y enfermeras, comadronas y otros pudieron usarlo con gran seguridad. Después de encargar los diez mil kits de regulación menstrual, organizamos una conferencia de regulación menstrual en la Universidad del Hawái en diciembre de 1973, invitando trescientos médicos escogidos de todos los países menos desarrollados. Y en octubre, creyendo que pudiésemos conseguir un suministro más adecuado, encargué cien mil kits más. Lamentablemente, diversos miembros católicos de mi propio equipo bloquearon la ejecución del pedido de éstos cien mil kits. Estaban en comunicación con Jack Sullivan y otros católicos, lo que resultó en la Enmienda Helms, introducida por el Senador Jesse Helms y aprobada por el Congreso. Entró en vigor en diciembre de 1973. Después de eso ya no pudimos suministrar asistencia para interrupciones de embarazo.

En enero, entendiéndome que éste trabajo debía ser realizado por alguien, organizamos un encuentro, invitando los representantes de varias otras organizaciones filantrópicas y poblacionales. Estaban presentes el Consejo Poblacional, la Fundación Ford, la Fundación Rockefeller, o Fondo Commonwealth, la Fundación Mellon y otras. El encuentro se realizó en Washington. Explicamos la situación y que alguien tenía de asumir la tarea de continuar suministrando el equipo de regulación menstrual [para interrupción del embarazo] que nosotros no podríamos suministrar más. Quedó claro que como solución para problemas de exceso de fertilidad el suministro de los kits de regulación menstrual [para aborto] era una operación de alta prioridad, pero el único que quería suministrar ayuda financiera para ello era la Fundación Mellon. Don Collins y la Fundación Mellon Scaife May donaron medio millón de dólares.

Fue con este medio millón de dólares que creamos, en Chapel Hill, en Carolina del Norte, el IPAS, el International Pregnancy Advisory Service, Servicio Internacional de Consejería para el

Embarazo. El IPAS asumió la tarea de producir y distribuir los kits de regulación menstrual. En todo el mundo, si las mujeres realmente quieren alcanzar el objetivo de tener solamente los niños que ellas desean y que ellas pueden cuidar bien, solamente la contracepción no es suficiente.

El aborto es necesario en los países desarrollados, pero es mucho más necesario en los países menos desarrollados, si estos quieren aproximarse al control universal de la fertilidad y de la libertad reproductiva universal. Porque mientras la mujer no pueda corregir la falta de una contracepción efectiva, con el acceso a los métodos que son después de la concepción, tales como la aspiración uterina; ella, de hecho, no será enteramente libre en lo que diga respeto a sus funciones reproductivas.

16. El desarrollo de los abortivos químicos y su rápida difusión en Brasil.

Por esta época estábamos también suministrando financiamiento, U\$10 millones o más, para el desarrollo de prostaglandinas.

Esto era la realización de aquella definición que había hecho cuando estábamos buscando una

"substancia no tóxica y completamente efectiva que, cuando es auto administrada por una mujer, con una dosis única, garantizaría el estado de no embarazo por un ciclo menstrual completo".

Así, si una mujer descubriese que su menstruación estaba atrasada y que ella estaría embarazada, podría simplemente tomar una píldora. La prostaglandina Citotec, que empezó a ser usada en la década de los 80, principalmente en Brasil, actuó muy bien. La combinación de la RU-486 con el Citotec está disponible y es crecientemente utilizada, particularmente en Europa y en países latino americanos, pero es necesario que sea usada en todo lugar. Sin embargo la Iglesia Católica Romana resistió intensamente para que ella no se encuentre abundantemente disponible. Éste es un problema que aún existe.

17. Las dificultades con la Iglesia Católica.

PREGUNTA: ¿Cómo contestaba Ud. a los críticos que presentaban el aborto cómo un problema moral, con argumentos morales? Lo que estas personas dicen, básicamente, es que, en el fondo, el aborto es un asesinato. ¿Cómo contestaba Ud. a estas personas?

Desde el pronunciamiento de 1870 según el cual el Papa es infalible, los católicos siguieron una línea por la cual no solo el aborto es inaceptable, sino también cualquier control efectivo de fertilidad, incluyendo los DIUs, los anticonceptivos orales y la esterilización. Este posicionamiento pasó para los evangélicos conservadores, pero todo es básicamente conducido por el liderazgo católico. Si no fuese por las rígidas acciones anti-aborto de la Iglesia Católica, todo lo demás realmente no importaría mucho. Porque los otros no son suficientemente organizados.

El decreto de la Suprema Corte de Estados Unidos por el cual el aborto era ampliamente legalizado en el país se dio el 22 de enero de 1973. Pensábamos que con él toda la controversia

relacionada con el tema del aborto terminaría. Pero eso no sucedió porque los católicos lo vieron como una amenaza mortal al papado y a la Iglesia Católica Romana, ya que se trataba de algo específicamente contrario a los dogmas del Vaticano. Así, ellos se organizaron y promovieron encuentros. Y de todo esto resultó, en 1975, el Plan Pastoral de los Obispos para Actividades Pro-Vida. Éste fue su plan de acción política. A lo largo de los años Stephen Mumford investigó este tema muy bien y publicó un libro, intitulado "*La Vida y la Muerte de la NSSM 200*". Los católicos crearon un proyecto muy completo, un plan de acción, y se movilizaron para organizar cada uno de los distritos congregacionales con el fin de reforzar el control católico completo de las acciones políticas relacionadas principalmente con el tema del control de la natalidad en Estados Unidos.

PREGUNTA: Pero aún, yo me quedo pensando, las personas que conozco que son contra el derecho de elección, ¿creen verdaderamente que la cuestión es salvar pequeños seres humanos, con pequeñas y minúsculas manitas y pequeños y minúsculos piecitos.?

La respuesta para eso, tanto cuanto alcanzo con mi entendimiento y mis convicciones, es que el aborto, con certeza, es una concomitante natural de la reproducción humana. Y, ordinariamente, más de la mitad de todas las interrupciones del embarazo son hechas por Dios, por el Dios de la naturaleza. Usted sabe, defectos en la embriología de este o de aquel embarazo resultan en la expulsión natural del concepto como un tipo más eficiente de reproducción humana. Así, si hubiese un algo de intrínsecamente equivocado en todo eso, ¿por qué Dios estaría haciendo tantos abortos?

Pero la Enmienda Helms tuvo un gran impacto en nuestro trabajo. Y no apenas en el mío, pero en el trabajo de todos aquéllos a quien estábamos financiando, porque no pudieron recibir más dinero de nuestra parte con el cual pudiesen trabajar. Y entonces, después de algún tiempo, especialmente bajo la administración Reagan, cuando hubo una Conferencia en América Latina, crearon la política de la Ciudad de México, por la cual se movilizaron para impedir que cualquier organización pueda recibir dinero de Estados Unidos y de la USAID si ellas estuviesen, de alguna manera, haciendo abortos o suministrando ayuda para hacer abortos, mientras eso no fuese con el dinero de Estados Unidos. Con esto se interrumpió el suministro de soporte de la USAID para la IPPF, para el Fondo en las Naciones Unidas para Actividades Poblacionales y varias otras organizaciones.

18. La creación del fondo de las Naciones Unidas para Actividades Poblacionales.

Creamos muchas organizaciones. Estuve envuelto en la creación del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades Poblacionales en 1968 y 1969, cuando conseguimos el dinero. Entonces, debido al liderazgo del General William Draper y de Phil Claxton del Departamento de Estado, creamos el FNUAP.

Cuando la Organización Mundial de la Salud fue formada en 1946, después de la Segunda Guerra Mundial, el primer jefe de la OMS, el Dr. Brock Chisholm, se movilizó para incluir la planificación familiar como parte importante del programa de la Organización Mundial de la Salud. Pero esto alarmó nuevamente las fuerzas del Vaticano y ellos, a través de Italia, Irlanda y Bélgica, emprendieron acciones efectivas para destruir cualquier programa de planificación familiar venido de la OMS. Éste fue el motivo por el cual, en los años 50 y 60, la Organización Mundial de la Salud fue inútil para la promoción de la planificación familiar efectiva en los países menos desarrollados. Así, en

1968 y 1969, era importante que se encaminase una acción multilateral, porque si fuesen apenas Estados Unidos el que empujase el control de la natalidad, sin duda habría habido una reacción política. El General Draper y Phil Claxton asumieron el liderazgo en el sentido de crear el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades Poblacionales, pero fui yo quien donó el dinero. Y, con certeza, necesitaban el dinero. Asimismo, en el primer año, en 1969, suministramos cerca de 85 por ciento de los fondos necesarios para el FNUAP.

19. La creación de la Investigación Mundial de la Fertilidad.

En 1971, tuve la idea de crear la Investigación Mundial de la Fertilidad (World Fertility Survey). Como epidemiologista nunca se me ocurrió la idea de administrar un programa que no intente medir si estaba haciendo lo que se suponía que debería estar haciendo. Pero hasta antes de la creación de la Investigación Mundial de la Fertilidad, solamente poseíamos datos muy pobres para la mayoría de los países en desarrollo. Teníamos más adivinaciones en este campo que datos exactos. Pero en Estados Unidos se habían realizado investigaciones sobre el crecimiento de las familias americanas. La primera fue hecha en 1955, después varias otras en 1960, 1965 y 1970. Las conocía bien y cada vez que una investigación quinquenal era publicada yo la leía y podía verificar cuanto útil era para entender lo que estaba sucediendo en Estados Unidos.

Inicialmente, pensamos que podríamos colocarla en la División Poblacional de las Naciones Unidas pero, con un poco más de ponderación, entendimos qué si se quedaba en la ONU, aquello nunca iba a funcionar. Número uno, tendría que sufrir todas las censuras del sistema de las Naciones Unidas, y simplemente no se puede construir una actividad de propósito único en el sistema de las Naciones Unidas esperando que ella sobreviva durante mucho tiempo, porque sería devorada como por pirañas en aguas tropicales. Por aquel entonces yo tenía una excelente relación con el personal del Fondo de Actividades Poblacionales de las Naciones Unidas, especialmente con el Dr. Rafael Salas, que era el director, y la Dra. Nafis Sadik, la vice directora. Logré inmediatamente su aprobación en el sentido de que ellos irían a colocar dinero para el desarrollo de una Investigación Mundial de Fertilidad.

Averiguando donde colocar una investigación como aquella, decidimos que el mejor foco de acción sería probablemente el Instituto Internacional de Estadística, con sede en Haia, en Holanda, que tenía una amplia representatividad en el mundo y era una institución muy respetada. Pero para el lugar donde sería ejecutada la actividad queríamos un centro de idioma inglés, para lo cual escogimos Londres como el lugar ideal.

Finalmente, en 1984, USAID negoció colocar la sede de la Investigación Mundial de Fertilidad en Estados Unidos. Fue así que creamos la Investigación DHS. El centro estaba en Maryland, y allí continúa hasta hoy. Todo junto, USAID colocó más de un cuarto de mil millones de dólares para la obtención de datos sobre salud y fertilidad a través de la Investigación Mundial de Fertilidad y los instrumentos de investigación que se siguieron. Esto hizo una gran diferencia, porque ahora teníamos datos excelentes para prácticamente todos los países menos desarrollados del mundo. La investigación medía la efectividad de los programas, lo que hoy es cosa bien sabida.

Cuando los primeros datos empezaron a llegar, no hubo ninguna gran sorpresa, en lo que me decía, porque yo estaba bien consciente que cuando un fuerte programa de planificación familiar era implementado, ordinariamente la fertilidad iba a disminuir rápidamente. Pero la investigación validó para todo. Ya en 1967 y 1968, como epidemiologista, yo hacía investigaciones de muestras en grupos, cuando visitaba los diversos países, como India o El Salvador y media docena o más de países. Preguntaba a las mujeres en los pasillos de las maternidades, en calles u otros locales, cuál era su edad, cuántos niños habían tenido, cuántos habían perdido y si ellas querían embarazarse nuevamente, ahora o más adelante. Desde esas investigaciones, de las muestras de agrupaciones, en una variedad de países menos desarrollados, tenía conciencia que cerca de la mitad de las mujeres en los países menos desarrollados no querían ningún niño más. Los políticos y académicos, especialmente los economistas o, en otras palabras, aquéllos que no tenían una experiencia particular con mujeres, embarazos, alumbramientos y contracepción, estaban llenos de ideas respecto a que primero se debía educarlas y mejorarles la salud, antes que ellas pudieran interesarse por el control de la natalidad, lo que simplemente no era verdad. La cosa buena sobre la Investigación Mundial de Fertilidad, tan pronto los datos se volvieron disponibles, pues ella en verdad documentaba esto completamente, fue haber mostrado ser verdad que cerca de la mitad de las mujeres no querían más niños. Ordinariamente, toda la dificultad estaba en lograr que los servicios y las tecnologías estuviesen inmediatamente disponibles para ellas.

Desde el punto de vista mundial estas investigaciones mostraban lo que estaba sucediendo con la población, que necesitaba de atención. Ciertamente, en primer lugar estaba el rápido crecimiento de la población. Puedo condensar todo muy brevemente. Ustedes saben, que fue necesario un período que va desde el inicio de los tiempos hasta 1830 ó 1850 antes que hubiese mil millones de personas en el mundo. Entonces demoró de 1830 hasta 1930 hasta que hubiese dos mil millones de personas. Enseguida demoró apenas de 1930 hasta 1965 para que alcancemos tres mil millones, que eran cuántas personas había en el mundo cuando yo llegué a Washington en 1966. Era una población mundial de tres mil millones de personas. El mundo menos desarrollado estaba ciertamente añadiendo personas muy rápidamente. Así, todo el problema era una cuestión de movilizarse realmente para alterar aquello lo más rápidamente posible.

China entró en la lucha en 1970 con su Cuarto Plan Quinquenal. Lanzaron un plan análogo [al nuestro], destinado especialmente a tornar los métodos efectivos de control de natalidad, incluyendo el aborto, disponibles para su población. El resultado fue una disminución muy rápida de la fertilidad en China. Estaba en Lahore, en Pakistán, para un encuentro de la IPPF en 1973, cuando sucedió que el ministro de la salud y de la planificación familiar de la República Popular de China, la China Comunista, también estaba en esta conferencia. Le pregunté, a través de un intérprete: "***¿Cuál es la tasa de natalidad de China?***". Ella contestó, sin excitaciones que era cerca de 25 nacimientos por mil habitantes, y que estaba cayendo rápidamente. Dada la naturaleza de su programa, tenía certeza de que la tasa tendría que caer. Desde luego, estaban movilizándose muy rápidamente para colocar su fertilidad bajo control. En 1978 se estaban movilizand para colocar todo el énfasis en las familias de un único hijo. En la mayoría de los lugares en todo el mundo, si las mujeres y las parejas poseen pleno control de su fertilidad, la mayoría querrá dos niños. En circunstancias urbanas intensas, o presiones económicas intensas, como en los países comunistas, cuando el aborto y otros métodos son disponibles, querrán llegar bien cerca de un niño por familia. Pero donde se vive muy bien y con plena libertad, la mayoría de las parejas, en media, desearán cerca de dos niños. Así, ésta es la situación. China se movilizó y su tasa de natalidad, ahora, en 2002, es una tasa de natalidad de 13, mientras la nuestra, en Estados Unidos, es de 14. Todo el continente de Europa tiene una tasa de natalidad de solamente 10.

Dentro de un par de años más, esperarí­a que la tasa china fuese de diez o menos. La natalidad se mueve de modo cierto y rápido siempre que haya libertad reproductiva universal y que todas las mujeres y parejas tengan acceso a medios efectivos de contracepci3n y de interrupci3n del embarazo.

20. El trabajo con las Naciones Unidas.

Una palabra sobre las Naciones Unidas. Estuvieron envueltas en reuniones, conferencias y comunicados sin fin. El liderazgo en el Fondo para Actividades Poblacionales de las Naciones Unidas se volvi3 cada vez m3s pol3tico y cada vez menos centrado en las reales necesidades t3cnicas program3ticas de un programa efectivo de control de natalidad. Jimmy Carter se vendi3 a los obispos cat3licos, como tambi3n Reagan y Bush. Asimismo la Casa Blanca, en vez de financiar programas mayores y m3s efectivos de control de natalidad, asumi3 una posici3n negativa para satisfacer al Vaticano en vez de las necesidades de los programas. El FNUAP continu3 hasta un cierto punto, pero nunca fue tan entusiasta en promover los medios m3s efectivos realmente disponibles.

21. Esterilizaci3n en masa de mujeres en los pa3ses menos desarrollados.

Otra iniciativa que tomamos ya en 1970 fue el uso de la laparoscopia para la realizaci3n de la laqueadura tub3rica en pacientes externos. El Dr. Robert Wheelless vino hasta mi oficina en Washington, en agosto de 1970, mostrando su laparoscopio y lo qu3 3l estaba haciendo, sugiri3ndome que lo mismo podr3a ser hecho como un procedimiento de pacientes externos. Reunimos inmediatamente personas claves en la Oficina de Poblaci3n para analizar aquello, y enseguida empezamos a suministrar soporte. Primero, alg3n soporte para el propio Robert Wheelless. Entonces emprendimos varias acciones para hacer que esta nueva tecnolog3a se volviese ampliamente disponible. Iniciamos el Programa Johns Hopkins de Educaci3n Internacional en Ginecolog3a y Obstetricia, en Baltimore y en diversos otros centros universitarios. En aquella ocasi3n, en alg3n momento, puede ser que hubiese sido en 1971, el Dr. John Cutler y la Dra. Betty Connell me vinieron a visitar para indagar si me gustar3a suministrarles soporte para organizar una conferencia mundial sobre esterilizaci3n voluntaria. Ellos me pidieron U\$50.000, pero nosotros terminamos don3ndoles U\$850.000, para un conjunto considerable de actividades, incluyendo un congreso inicial sobre esterilizar3n voluntaria, que montamos en Ginebra, en colaboraci3n con el FNUAP, colocando a la Dra. Nafis Sadik como presidenta del evento. Este congreso en 1973 abri3 toda una nueva 3rea de acci3n, iniciando las discusiones sobre la laqueadura tub3rica y llamando la atenci3n por el hecho de que est3bamos suministrando soporte a trav3s del Proyecto Internacional para la Asociaci3n para la Esterilizaci3n Voluntaria que hab3amos creado con 3sta primera donaci3n de un mill3n de d3lares. Enseguida tambi3n simplificamos el equipo. Siempre actuamos para simplificar todo y conseguimos un equipo laparosc3pico bastante simple a lo cual llamamos laprocator. Conseguimos tambi3n que f3bricas americanas lo produjesen. Trajimos de los pa3ses menos desarrollados, para la Johns Hopkins y muchas otras universidades, algunos millares de m3dicos ginec3logos escogidos para un entrenamiento de algunas semanas y enseguida suministr3bamos los equipos para que ellos regresasen y empezasen a trabajar. Esto prosigui3 adelante muy r3pidamente durante diversos a3os.

En mi papel de Director de la Oficina de Población, estaba realmente en una posición preferencial para hacer que las cosas ocurriesen. Decidí presionar los botones importantes. Recuerdo que, en 1973, cuando teníamos todo funcionando, decidimos movilizarnos tan rápidamente como fuera posible a América Latina. Invitamos a todos los catedráticos de los departamentos de ginecología y obstetricia de toda América Latina para que vinieran a Baltimore. Solo en el congreso de junio de 1973 vinieron 143. Estuvimos trabajando con todas las cátedras de ginecología y obstetricia de América Latina. Era una propuesta prácticamente irresistible. Todos los principales maestros fueron invitados, con viaje pagado, estadía pagada, y ellos podrían venir a la Meca de la Obstetricia y Ginecología, pues esto es lo que era la Johns Hopkins, y allí pasaron tres semanas. Todo eso era muy irresistible. Así 143 líderes de la Obstetricia y Ginecología de latino america vinieron a Baltimore en junio. Estuve allí y hablé con ellos. Enseguida todos aquellos maestros volvieron a sus hogares y la Johns Hopkins envió expertos consultores para entregarles las unidades de laprocatos y constatar que todo había comenzado, funcionando adecuadamente, ayudándolos con los primeros casos y así por el estilo. Así, hicimos todo en su totalidad. Estábamos favorablemente situados para hacer la diferencia. Realmente hicimos una gran diferencia en la evolución y en la diseminación de la esterilización laparoscópica en todo el mundo, y también en la esterilización por laqueadura tubárica a través del uso de minilaps. Con el entrenamiento de millares de médicos de todos los países menos desarrollados y de algunos de los países desarrollados, con mejoras tecnológicas y el suministro de estas tecnologías a los médicos, con el soporte para el trabajo clínico de las laqueaduras rubricas en una centena o más de países, con el entrenamiento de millares de profesionales y el suministro de equipos.

Tuve una experiencia en 1976 durante un encuentro de planificación familiar de la IPPF en Guadalajara, en México. Mientras estuve allí, fui invitado a ver a un ginecólogo que había sido entrenado en la John Hopkins en esterilización laparoscópica. Fui a verlo operar una mañana. Él y dos enfermeras, mientras estuve allí, realizaron laqueaduras rubricas en diecisiete mujeres. Esto realmente me hizo pensar en la enormemente poderosa contribución que la esterilización laparoscópica estaba trayendo para un control más efectivo de la natalidad y el desarrollo. Porque una esterilización impediría por lo menos dos nacimientos y, asimismo, el trabajo de esta única clínica, en apenas una mañana, probablemente impidió treinta y cuatro nacimientos. Bien, treinta y cuatro nacimientos son treinta y cuatro niños. Esto es una sala de clase de niños. Así, gracias al trabajo de esta única clínica, evitamos la necesidad de un maestro y de una sala de clase, más todos los demás costos de la educación de estos niños. Al volver de allí, con la ayuda de Carl Hemmer y algunos otros, realicé un análisis de los costes del desarrollo infantil. ¿Cuánto cuesta educar un niño desde el nacimiento hasta la independencia? Mientras trabajábamos en esto, descubrimos que, en el mismo Bangladesh, el costo para educar un niño desde el nacimiento hasta la independencia es cerca de mil dólares. De modo más general, educar un niño cuesta, en cada país, cerca de diez veces el Producto Nacional Bruto per cápita. Así, si un país logró un Producto Nacional Bruto per cápita de cuatrocientos dólares, la educación del niño costará cerca de cuatro mil dólares. Y con certeza, si estamos hablando de Estados Unidos, que tiene un Producto Nacional Bruto per cápita de aproximadamente veinticinco mil dólares, entonces será necesario un cuarto de millón de dólares para educar un niño. Continué trabajando en estos cálculos durante una o dos semanas y coloqué todo por escrito. Entonces aconteció que el ministro de salud pública y de planificación familiar de Bangladesh visitó a Washington, el Departamento de Estado y USAID. Mientras estábamos juntos, le entregué una copia del memorándum que había escrito. Diversas semanas más tarde recibí un telegrama de él desde Bangladesh, pidiéndome que le enviase todo el equipo necesario para lanzar un programa de laqueaduras rubricas. Y para mí fue motivo de orgullo desde el momento en que recibimos el telegrama del Ministro de Salud de Bangladesh, hasta el

momento en que entregamos todo el equipo necesario para que ellos lanzasen el programa transcurrió solo un mes. Ellos inmediatamente pasaron al trabajo y colocaron en acción un programa de laqueaduras rubricas. Y, pensando nuevamente en Guadalajara, si cada laqueadura tubárica previene por lo menos dos niños, aquí nosotros estábamos hablando de impedir cerca de 150.000 nacimientos. Así eso recorrió el mundo. Otra maravilla de la laqueadura tubárica es que ella funciona tan bien que las mujeres pagarían tanto cuanto pudiesen, y caminarían tan lejos como pudiesen para conseguirla. Hicimos eso en los campos de Nepal, y las mujeres viajaban días y días seguidos desde las montañas hasta el campamento donde era ofrecida la laqueadura tubárica. La Dra. Kanti Giri era una mujer ginecóloga y obstetra que había recibido entrenamiento en la John Hopkins y armó un campamento en un valle de Bangladesh. Esperaba alguna respuesta, pero quedó sorprendida cuando más de doscientas mujeres se presentaron, queriendo ser laqueadas. Durante aquella semana ella no consiguió hacer las doscientas laqueaduras. Pero algún tiempo después, en condiciones favorables, ella hacía setenta por día.

India fue un caso aparte. En el inicio, bajo Indira Gandhi, era su hijo Sanjay el encargado del programa de esterilizaciones. En aquel tiempo se trataba apenas de vasectomías, esterilizaciones masculinas. Pero la demanda por la vasectomía nunca fue intrínsecamente muy fuerte. Entrenamos docenas de ginecólogos para que realicen laqueaduras rubricas por medio de laparoscopia, para las cuales había una gran demanda. Y por las últimas noticias que tengo, el record del número de laqueaduras rubricas hechas en un solo día por un único equipo quirúrgico había conseguido realizar 600 laqueaduras en un solo día. Pero las esterilizaciones, especialmente la esterilización femenina, esto es, la laqueadura tubárica, se volvió una parte muy importante del programa de India.

22. Surgen en El Cairo los Derechos Reproductivos.

Otro trabajo con las Naciones Unidas fueron los kits de regulación menstrual [para interrupción del embarazo]. En esta época, busqué lograr alguna ayuda de la Dra. Sadik y de las Naciones Unidas. Durante algún tiempo ellos nos ayudaron de muchos modos. Pero enseguida, cuando la presión política contra cualquier tipo de aborto aumentaba, parábamos de hacer aquello. Y, de modo general, pasaron a estar menos preocupados en lograr las mejores tecnologías para los pueblos necesitados. La Conferencia de 1994 en El Cairo fue presidida por la Dra. Nafis Sadik pero dominada por una facción de lesbianas políticamente activas, que en verdad se oponían al control de la natalidad en sí. Buscaron lograr una gran ampliación de los proyectos en los que los fondos poblacionales del Título Diez podían ser usados, cambiando su redacción de tal modo que estos recursos pudiesen ser utilizados para "***derechos reproductivos***" más genéricos. Con esto se ha disminuido considerablemente el dinero realmente utilizado en el control de natalidad. Lamentablemente, sin control de natalidad efectivo, los costos necesarios para la "***salud reproductiva***" no terminaban más. Desde el momento en que usted se propone a suministrar atenciones clínicas totales para la salud reproductiva, entramos en sumas de dinero vastamente mayores. Y si, además, éstos se vuelven igualmente competitivos con el uso de los fondos poblacionales, la mayoría de estos recursos pasan a ser dirigidos para atenciones clínicas, y no hay ninguna gran motivación para el control de la natalidad en sí mismo.

Mientras yo dirigí el programa de la USAID, estuvimos siempre manteniendo lejos lo que en verdad eran penurias, gente que sí quería dinero, pero para muchos otros propósitos. Eran personas que siempre querían los fondos que nos habían sido concedidos, pero para sus propios fines. Siempre

resistí contra eso, porque con 150 millones de dólares por año, aún así no teníamos todo el dinero necesario para todo el control de natalidad que debía ser hecho. Y, tanto cuanto siempre pude entender, el control de la natalidad era, de lejos, la más importante acción en "*salud reproductiva*". Si estamos interesados en desarrollo y reducimos la tasa de natalidad, entonces el desarrollo debe suceder. Sin disminuir la tasa de natalidad no hay desarrollo. África ahora tiene una población de setecientos millones. Su crecimiento poblacional es de diecisiete millones, o 2,4% [al año]. Ya que el costo de la educación de un niño es de aproximadamente diez veces el Producto Nacional Bruto per cápita, [que es en África en el promedio] de cuatrocientos dólares, lo que significa cuatro mil dólares, el exceso de fertilidad exigiría aproximadamente sesenta y ocho mil millones de dólares por año, mucho más que toda la actual asistencia externa. Todo la asistencia externa para África, de acuerdo con el último número que recuerdo haber oído, era cerca de 20 mil millones de dólares, provenientes de Europa y de Estados Unidos. Así, África está en una situación horrible. Ellos ya están en el límite de su suministro alimenticio y de todo lo demás, y ahora aún añaden una población de diecisiete millones de personas todos los años, sin un aumento proporcional de la productividad. Se están matando unos a otros en Ruanda. En este país hay más de un millón de muertos entre Hutus y Tutsis. Todo esto es consecuencia de desvíos religiosos. Ruanda es 95% católica y se opone al control de la natalidad. Si ellos no tienen control de la natalidad, pero tienen control de la mortalidad, el resultado serán los campos de exterminio. Podríamos haber cambiado ampliamente la dinámica poblacional de África, pero hoy la mayor parte de este trabajo aún está para ser hecho.

23. El trabajo con la International Planned Parenthood Federation.

Cuando iniciamos nuestro trabajo con la IPPF, la International Planned Parenthood Federation, esta entidad era con certeza la organización líder en el mundo en la promoción de la planificación familiar. Suministraban soporte para actividades de planificación familiar en muchos países, pero lo hacían con recursos muy limitados. Pasamos a suministrarles un número ilimitado de anticonceptivos orales y otros anticonceptivos. Hicimos la primera donación en junio de 1968 con la suma de tres millones y medio de dólares y, durante un buen número de años fuimos nosotros quienes suministramos 40% de los fondos que entraban en la IPPF. Hasta el año fiscal de 1979, USAID había donado un total de U\$126 millones para la IPPF. Así, fortalecimos considerablemente sus acciones en todo el mundo.

24. Qué puede añadir un epidemiologista al trabajo de la USAID.

Creo que, como epidemiologista, pude traer para el trabajo de la USAID algo que alguien que no hubiera tenido un entrenamiento en Servicio de Inteligencia Epidemiológica no podría haber hecho. Pienso que, realmente, pude tener aquella combinación ideal de entrenamiento y experiencia. En primer lugar, tuve mi entrenamiento médico. Dos, tuve mi entrenamiento epidemiológico. Y tres, mi entrenamiento en salud pública. Y también hice mucha investigación, incluso mientras estaba en la Universidad. La población es algo tan central en todo lo que se hace en epidemiología que me sentía muy familiar con muchas cosas en sí mismas, en los primeros años, mi foco específico no era en el control de la natalidad en sí. Pero eso evolucionó naturalmente, como un programa de salud pública. Tenía suficiente experiencia, una experiencia relevante, que me permitía ver donde, allí afuera, si

realmente organizáramos los servicios de planificación familiar y tuviésemos la tecnología de anticonceptivos plenamente disponible, todo iba a hacer, por cierto, una gran diferencia. Para mí era la manera obvia de proceder, aun cuando hubiese académicos declarando que la planificación familiar nunca lo habría logrado, porque primero deberíamos hacer a las mujeres ricas y educadas. Cuando llegué a la USAID, era médico, y así pienso que muchos economistas no entendieron todos estos talentos no clínicos que tuve en mi entrenamiento y experiencia. Me espantaba con frecuencia cuando abordaba éste o aquel problema en que la solución parecía muy obvia para mí, pero me veía delante de tantos pensamientos diversos sobre lo que debía ser hecho. Nunca me pareció ser una cosa mística o difícil entender lo que necesitábamos hacer. Hacerlo es lo que era difícil.

Yo realmente no quería dejar Seattle, porque me gustaba mucho allá. Fui para el Este principalmente por causa del reto. La explosión de la población mundial y la elaboración del programa era un reto excepcional. Pero no permanecería allí a menos que pudiésemos hacer algo que realmente fuera importante. Y, como médico, licenciado para practicar medicina y cirugía en el Estado de Washington, tenía certeza que siempre podría tener como vivir. En la burocracia, los economistas y los otros que habían ingresado en el gobierno para hacer allí sus carreras eran mucho más sensibles sobre qué pasaría a cada pequeño movimiento o aspecto de sus decisiones, si se promoverían o no sus carreras o si se podría causar algún daño a estas. Tenía una ventaja en el sentido que, cuando estaba delante de algunos temas claves y estaba absolutamente convencido que precisábamos de aquello, no tenía intención de parar hasta que consiguiésemos todo. Pero ellos primero temblaban porque posiblemente no querían arriesgar sus carreras. Podía entrar en aquello con una medida extra de vigor y determinación porque sabía que, si el tren se descarrilaba, como al final se descarriló, podría hacer otra cosa, mientras que muchos de ellos, si fuese el caso, no sabrían para donde ir.

25. Como era decidido donde trabajar.

Decidir donde teníamos que ir a trabajar era una cosa bastante natural. Usted se capacita tanto cuanto es posible y enseguida el lugar donde trabaja depende de lo que está sucediendo. Así, India era una elección obvia. Otra elección obvia era Corea. Teníamos un fuerte programa de ayuda en Corea. Los coreanos estaban listos para recibir asistencia, la querían y no eran rehenes de la oposición religiosa ni de cualquiera otra cosa. Por lo tanto Corea era un buen país para empezar a trabajar. Siempre consideramos las Filipinas como estando en el top de nuestra lista, y durante cierto tiempo parecía que estábamos progresando en las Filipinas. Pero entonces el presidente Ferdinand Marcos e Imelda arruinaron el programa. Afganistán es intensamente musulmana y allí las cosas nunca corrieron muy bien. En India, donde realmente hicimos una gran contribución en materia de laqueadura tubárica, podríamos haber hecho una gran contribución también en materia de anticonceptivos orales, pero no nos permitieron hacer eso.

En América Latina, México y Brasil no querían planes bilaterales de planificación familiar, gobierno a gobierno. Eran sensibles por causa del catolicismo, pero nos permitieron hacer una gran cantidad de trabajo esencial a través de agencias privadas y voluntarias. Ya mencioné el JHPIEGO y la esterilización voluntaria, a laqueadura tubárica. Pero, a través de la IPPF, de la Family Planning International Assistance, de la Planned Parenthood/Western Hemisphere, de la IPPF Western Hemisphere, del Pathfinder, del JHPIEGO, del IFRP, a través de estas muchas organizaciones que nosotros estábamos fundando, fuimos capaces de suministrar mucha ayuda efectiva. Recuerdo que en 1975, a través de estas diversas organizaciones, estábamos suministrando cerca de 12 millones de

dólares en ayuda para México. Y un número ilimitado de anticonceptivos si ellos lo querían. Entrenamos muchas personas, trayéndolas para hacer entrenamiento en Estados Unidos, no solamente médicos sino también de otras especialidades. Lo mismo hicimos en Brasil, donde nuestro embajador, Roundtree, no nos dejó crear un programa de soporte a la planificación familiar. Pero conseguimos ir adelante en México y en Brasil, a través de todos estos otros mecanismos, particularmente trayendo muchos médicos para entrenamiento, suministrando material, equipo y todo lo demás.

Algunos de los países latinoamericanos son realmente parecidos con los países europeos. Chile es muy semejante a los países europeos. Uruguay y la Argentina también. Costa Rica, ciertamente, tiene un estilo europeo. Y sus susceptibilidades para la planificación familiar son muy semejantes a los países de Europa. Algunas otras culturas, como Guatemala, Nicaragua y otras, son predominantemente indígenas y las cosas no se movilizan tan rápidamente como lo podrían si los liderazgos fuesen mejores y tuviesen un abordaje diferente. Pero es suficiente decir que, en esta época, Brasil caminó mucho y México caminó mucho también.

Los países que eran parte de la USSR tienen una tradición de una amplia utilización del aborto y esto mantiene sus fertilidades en niveles bajos. Los comunistas no tornaron disponibles buenos anticonceptivos, como los anticonceptivos orales. Pueden hacer bombas atómicas, pero no hacen buenos anticonceptivos. Esto es todo. Esto es verdad para muchos de aquellos países comunistas. Tienen tasas de natalidad muy bajas a causa de la plena disponibilidad del aborto.

26. El Programa de Información Poblacional.

Phyllis Piotrow y yo siempre estuvimos bien conscientes de que necesitábamos reforzar nuestra capacidad de suministrar información esencial sobre población, sobre los últimos puntos de vista acerca de las tecnologías y lo que estaba aconteciendo en materia de planificación familiar. Así, creamos el Programa de Información Poblacional en la Universidad George Washington, donde estuvo durante algunos años. El programa fue después transferido a la Universidad Johns Hopkins donde permaneció desde aquella época. Fue una contribución notable, porque los informes importantes eran publicados en cuatro idiomas, y cada número era publicado en 50.000 copias. Suministrábamos un número adecuado para todas las diversas organizaciones que trabajaban en el área. Enviábamos también un ejemplar para quienquiera que trabajase en el área y quisiese colocar su nombre en el listado de envíos. En la USAID habríamos hecho circular estas informaciones para todos los que trabajasen con problemas poblacionales, pero el número usual era de 50.000 copias.

Este informe poblacional era un importante vehículo internacional de comunicación sobre población y planificación familiar en todo el mundo. Pero nuestro nombre no figuraba allí. No estaba escrito "*USAID*"; estaba escrito, en vez de eso, "*Johns Hopkins*". Buscábamos mantener frente para la mayoría de las agencias con las que cooperábamos este perfil reservado, especialmente en los días en que muchas de las cosas que estaban siendo hechas eran bastantes sensibles. Cuando Estados Unidos se involucró en la Guerra de Vietnam, teníamos que ser cuidadosos. Así, todas las publicaciones minimizaban las informaciones acerca de USAID. En algún momento, cuando era necesario profundizar algo, las agencias probablemente dirían que recibían alguna ayuda de USAID, pero el público probablemente no sabría de la extensión en la que nosotros estábamos involucrados.

Pero nosotros también publicábamos informes anuales sobre el programa, declarando en especial todos los gastos y hacia donde iba todo el dinero. Ya que el Congreso había donado el dinero, teníamos que mostrar en que usábamos el dinero. Pero llegó un tiempo, cuando aparecieron los adversarios, en que la burocracia realmente se resintió de nuestros informes anuales y de los demás informes, y buscaban interferir todos los años siempre que fuesen capaces de hacerlo. Finalmente pararon de hacerlo, porque aquello nos acababa trayendo mucha visibilidad y trato con el Congreso.

Durante todo mi tiempo en el Departamento de Salud de Seattle trabajé muchísimo con los medios de comunicación. Cuando vine a USAID, no quise hacer más de lo mismo, no por lo menos tanto como hacía antes. Publicaba trabajos en las revistas médicas y en ciertos periódicos, pero no mucho en los medios de comunicación, porque cuando se está en la USAID y nos tornamos muy involucrados con los medios de comunicación, podemos tener la certeza de que esto va a volverse contra nosotros. Así, nunca más me involucré tan pesadamente con los medios de comunicación. Si hubiese elevado mi visibilidad hasta un nivel muy alto, podría conseguir más soporte político. Pero, por otro lado, esto abriría espacio para una gran cantidad de personas que iban a traer problemas, para mí o para el programa. Por eso no quería realmente involucrarme mucho con los medios de comunicación, excepto a través de las publicaciones en revistas profesionales.

27. Nuevos cambios políticos.

Pero al final los cambios políticos ocurrieron.

En el inicio tuvimos un fuerte apoyo de parte de la Casa Blanca. Lyndon Johnson ciertamente entendía la importancia de las cuestiones poblacionales y del control poblacional, qué lo volvía muy fuertemente favorable a esto. E, interesante, Richard Nixon también entendía la importancia de las cuestiones poblacionales. Cuando él fue electo en 1968, durante la transición presidencial, en diciembre y enero, fui invitado por Patrick Moynihan para participar en el desarrollo de un discurso o texto de posicionamiento que sería presentado por Richard Nixon sobre población. Hicimos eso junto con Phil Claxton, de la oficina de la Secretaría de Estado. Nos Reunimos un cierto número de veces con Patrick Moynihan en el sector oeste [de la Casa Blanca] para disponer el texto de posicionamiento sobre población para Nixon que presentó en el Congreso durante el mes de julio siguiente. Pero Nixon renunció a la presidencia y Ford asumió. Ford parecía tener las mismas intuiciones que Johnson y Nixon.

Pero entonces Jimmy Carter llegó hasta la presidencia en 1976. Y, en la tarde del día 31 de agosto de 1976, él y sus asistentes se reunieron con quince obispos católicos en el Hotel Mayflower. Allí fue hecho algún tipo de acuerdo y, a cambio del apoyo de los católicos, Jimmy Carter iba a traer hasta adentro del gobierno algunos de nuestros adversarios, en especial Jack Sullivan, un zelote católico contrario al control de la natalidad, que hacía mucho tiempo ya nos estaba enojando a través de la oficina del asambleísta Clement Zablocki. Él ya nos enojaba en el Congreso, pero ahora, durante la transición presidencial, ellos lo trajeron justo hasta adentro de la USAID. Este hombre se esforzó en traer rápidamente para adentro otras personas, no para ayudar, pero para hacer acciones con la finalidad de destruir nuestro programa. Él trajo, de modo especial, a Sander Levin, que había sido candidato a gobernador por Michigan. Fue Jack Sullivan quien lo trajo y desde los primeros días se puso

claramente a trabajar para sacarme de la posición en la que yo estaba. Se volvió administrador asistente del Bureau de Población y Asistencia Humanitaria, donde yo era director de la Oficina de Población. Yo era un GS 18, el más alto nivel del servicio civil, y tenía una docena de años de experiencia en la administración de mi programa, con mucho éxito. Jack Sullivan ocupaba un cargo político, pero claramente Jimmy Carter estaba dando satisfacción a otros. Dos agencias federales manejaban el control de natalidad: la Salud, Educación y Bienestar tenían sus programas de planificación familiar, y la USAID tenía programas de población y planificación familiar. [Carter] colocó a Joe Califano, un católico, como jefe de la Salud, Educación y Bienestar. Y la primera persona a quien él ofreció el cargo de administrador de la USAID fue al Cura Theodore Hesburgh, el rector de la Universidad de Notre Dame. Supe de eso derechamente de Cyrus Vance. Pero, cuando yo hablé con Vance, él no estaba seguro de que el cura Hesburgh asumiría. Y, de hecho, él no asumió. Así, dieron el cargo a Jack Gilligan, ex gobernador del Ohio, un graduado por la Universidad de Notre Dame. Esto es, ellos ya habían traído Jack Sullivan, que era un zelote contra los anticonceptivos. Así, muy rápido y progresivamente. Es una cosa infernal cuando tu jefe, aquél que está arriba de usted, determina que se librara de usted.

Fue a finales de mayo o en el comienzo de junio, cuando tuvimos un encuentro en Dinamarca con el Banco Mundial y otros donantes, que Sander Levin me dijo que creía que yo había hecho un buen trabajo en la administración del programa, pero que pensaba que ya era tiempo que cambiase a otras cosas. Entonces, un mes después, volvió e hizo un firme pedido para que yo renunciase a mi cargo, pero esta vez encaminé una queja al administrador Gilligan. Gilligan, sin embargo, contestó que él concordaba con Sander Levin. Inicialmente me dijo que mis políticas eran diferentes a las de él. El día 28 de septiembre de 1978, en el medio día o al primer inicio de la tarde, me llamó para su oficina. Steve Joseph estaba con Levin, y esta vez, cuando me pidió nuevamente que renuncié yo contesté que prefería quedarme, dijo que *"iba a destruirme"*.

Yo dije *"no"* a Levin y entonces él inició el agobiante proceso de intentar desarrollar justificaciones para ejecutar una acción dimisoria. Yo [pasé a ser acusado que] no había hecho eso o que no había hecho aquello. Empezó a lamentarse porque yo no había ejecutado varias acciones, que no había hecho tal y tal cosa en tales y tales datas. En verdad, no lograron despedirme, pero me rebajaron hasta una posición subordinada y pusieron alguien más para actuar como director. Y, lamentablemente, yo no supe escoger mis abogados tan sabiamente como podría haber hecho. Los relojes de los abogados corrían a la velocidad de cien dólares por hora y, mientras el tiempo iba pasando me tornaba cada vez más consciente de que el programa de la USAID nunca más sería lo mismo que había sido. De cualquier forma, continué con los abogados hasta haber gastado más de cincuenta mil dólares. Poseía dos condominios en Maryland y sabía que podría vender uno de ellos para levantar aquéllos cincuenta mil dólares, pero de haber seguido así acabaría arruinando toda mi situación financiera. Y adicionalmente estaba el hecho de que el programa nunca más sería el mismo. Aquel Levin ya había dispersado la mayor parte de mi antiguo equipo y Carter aún estaba en el cargo, de modo que no podía esperar volver a administrar el Programa Poblacional como lo había hecho. Entonces, en un determinado momento, decidí cambiarme al Centro de Enfermedades Contagiosas de Washington, DC. Podría haberme embarcado en una deliciosa batalla mediática sobre la crisis mundial de población. Pero también entendí que la Iglesia Católica posee un control tan poderoso de los medios de comunicación que se vuelve muy difícil ser oído al respecto. Hoy, con toda esta pedofilia y así por el estilo, todo eso cambió mucho. Pero durante muchos años fue muy difícil presentar cualquier crítica franca y bien documentada contra la Iglesia Católica.

28. *Qué hay para enorgullecerse en el trabajo poblacional.*

Diría que cuando vine a aquella selva conocida como Washington, me espanté considerablemente con la falta de recursos para realizar el trabajo macizo que inicialmente había pensado desarrollar. Podría haber desistido en aquel momento, haber enviado todo para el infierno e ir para cualquier lugar. Pero quiero dejar un comentario para los más jóvenes. Cuando se ingresa en una de estas grandes burocracias federales, no hay modo por el cual alguien pueda súbitamente cambiarla, a menos que usted haya sido nombrado jefe por un presidente que realmente lo apoye. En este caso usted podrá hacerlo ostensivamente. Si no es así, no hay nada que uno pueda hacer, súbitamente, en una vasta burocracia. Pero al mismo tiempo estas burocracias se están alterando, internamente las personas vienen y van.

Las burocracias son pasibles de cambios. Si usted ingresa allí y sabe donde realmente quiere llegar, si quiere poner todos sus talentos en la batalla, si es capaz de sostener aquello en que cree y de trabajar realmente en la dirección de aquella meta, puede hacerlo, durante algún largo período de tiempo. Así, la persistencia es importante. *"La perseverancia trae el éxito"*. Al ingresar en la universidad, al frecuentar una escuela médica, al entrar en la epidemiología y en la salud pública, o al involucrarse con cuestiones poblacionales, *"la perseverancia trae el éxito"*. Siento satisfacción por el hecho de que, cuando me puse delante la invitación de ir y hacer, asumí un papel clave en la lucha para dominar la explosión mundial de la población, yendo incluso contra mis deseos más profundos, abandonando la vida buena que llevaba en Seattle y cambiándome al Este para hacer aquello. Entonces surgieron muchos problemas. Enfrenté el reto, porque entendí qué si no lo hacía estaría dibujando una gran marca de agua en mi carrera en la salud pública. Años más tarde tendría segundos pensamientos sobre porque no habría hecho aquello. Pero en vez de eso yo fui y lo hice. Y entonces, después de las dificultades iniciales, administramos la creación de aquél que fue, de lejos, el más potente programa de asistencia en planificación familiar y población del mundo. Y, continuando a trabajar, aplicando los talentos que tenía y la experiencia que tuve, fuimos capaces de crear en Washington un programa tal como pocos lo fueron. Tecnológicamente era muy avanzado y administrativamente bien organizado. Un número muy pequeño, pero muy dedicado, de personas fueron capaces de mover efectivamente un programa de ámbito mundial. Suminstramos mil millones de ciclos de anticonceptivos orales. Hicimos una gran diferencia diseminando mundialmente la laqueadura tubárica en prácticamente todos los países menos desarrollados. Entrené millares de personas. El kit de regulación menstrual [para interrumpir el embarazo] aún continúa siendo distribuido, a través de la iniciativa privada, porque fuimos prohibidos de hacerlo. Y las prostaglandinas [citotec] en que invertimos dinero probaron también ser muy eficientes para la auto-interrupción del embarazo no deseado. Cuando fui para Washington, en la mitad de los años 60, la población total del mundo estaba en torno de tres mil millones. Si no hubiese habido una acción organizada en planificación familiar, se podría prever que la población en el año 2000 sería de siete mil millones. Pero nosotros entramos en la lucha, China ayudó, y de toda ésta acción formal en planificación familiar y población resultó que la población mundial al final del siglo veinte está constituida por seis mil millones en vez de siete mil millones. Así, toda ésta acción organizada en planificación familiar ha prevenido cerca de mil millones de personas. Cerca de mitad de estos mil millones puede ser atribuido a la China. Pienso que al programa que pude dirigir durante catorce años pueda ser atribuido por lo menos la mitad del otro plato de la balanza. Impedimos por lo menos un cuarto de mil millones de nacimientos. El mundo hoy probablemente tendría un cuarto de mil millones a más de personas si nosotros no hubiésemos desarrollado el programa que creamos.

Lamento que las fuerzas del Vaticano en la Casa Blanca nos impidieron continuar adelante y terminar la tarea. La Enmienda Helms y el asalto del Vaticano a las políticas poblacionales de la Casa Blanca destruyeron el programa al final de los años 70.

Si no fuera por eso pudimos haber conducido a todo el mundo hacia la libertad reproductiva universal.