

## Artículo original

# Experiencia del Programa “Vasectomía sin bisturí” en una unidad de primer nivel de atención

Miguel Ángel Fernández Ortega,<sup>1</sup> Ma. Eloísa Dickinson Bannack,<sup>2</sup> Raúl Ponce Rosas,<sup>3</sup> Patricia Flores Huitrón,<sup>2</sup> Eduardo González Quintanilla,<sup>2</sup> Arnulfo E. Irigoyen Coria<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dirección del Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”, ISSDF y Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina, UNAM; <sup>2</sup>Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”, ISSDF; <sup>3</sup>Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina, UNAM.

## Resumen

**Objetivo:** Analizar la experiencia del Programa “vasectomía sin bisturí” (VSB) en una unidad de atención primaria.

**Diseño:** Estudio descriptivo, observacional con seguimiento de pacientes.

**Emplazamiento:** Centro de Salud de Atención Primaria “Dr. José Castro Villagrana”, Secretaría de Salud, México.

**Pacientes:** Trescientos setenta y un expedientes de pacientes a quienes se realizó VSB entre 1993 y 1995, con seguimiento posvasectomía por 24 meses (1995-1997).

**Mediciones y resultados:** Se analizaron variables socioeconómicas, consejería y consentimiento informado, estudio clínico, motivos por los que se eligió la vasectomía como método definitivo de control de la natalidad, estudios de laboratorio, nota del acto quirúrgico, complicaciones y evolución postquirúrgica (cuenta de espermatozoides). La edad promedio de los pacientes fue de  $33 \pm 7$  años con rango de 19 a 69, escolaridad de nueve años, el 82.5% eran casados con promedio de dos hijos. La tasa de complicaciones como hematomas en el escroto fue del 1% y epididimitis de 3.9%; los hombres manifestaron dolor local uno a dos días, integrándose posteriormente a sus actividades habituales. El tiempo promedio para que la cuenta de espermatozoides resultara negativa fue de cinco meses. El 22% (81) de los pacientes iniciaron sus relaciones sexuales antes de 10 días a la VSB y el 34% antes de los 20 días.

**Conclusiones:** El consejo y el consentimiento informado son elementos esenciales para el desarrollo del Programa “Vasectomía sin bisturí” y para la participación activa del varón en la planificación familiar.

**Palabras clave:** Vasectomía, atención primaria, planificación familiar.

## Summary

**Objective:** To analyze the experience of the “No-scalpel vasectomy” (NSV) Program in a primary care center.

**Outline:** Descriptive, observing study with patients monitoring.

**Place:** Primary care Center “Dr. José Castro Villagrana”, Health Ministry, Mexico.

**Measures and results:** The social and economical variables, counseling and informed consent, clinical study, reasons because of vasectomy was chosen as a definite contraceptive method, lab analyses, surgical report, post-vasectomy complications and post-surgical spermatozoid count. Patients average age was  $33 \pm 7$  with a 19 to 69 range, 9 years of school, 82.5% married and an average of two children. The rate of complications like scrotum hematoma was of 1% and epididimitis of 3.9%. Patients expressed pain for one or two days and returned afterwards to their normal activities. The average time for the spermatozoid count to become as negative was of 5 months. 22% (81) of the patients resumed sexual relations before 10 days had passed from the NSV and 34% before 20 days.

**Conclusion:** Counseling and informed choice are key elements for the development of the program, their importance is for the active participation of men in the fields of family planning and reproductive health.

**Key words:** No-scalpel vasectomy, primary care, family planning.

## Introducción

En México se ha promovido intensamente la planificación familiar; las acciones de las agencias del Sector Público y Privado se reflejaron en un incremento del 30% en el uso de los métodos anticonceptivos en la década de los setenta, aumento que llegó al 58% en 1990.<sup>1</sup> Como consecuencia, en 20 años (1970-1990), la tasa total de fertilidad del país bajó de 6.6 a 3.4 y el índice de crecimiento poblacional disminuyó de 3 a 2.3%.

Alentada por estas cifras, la política demográfica mexicana estableció el Programa Nacional de Población 1995-2000,<sup>2</sup> y a través de éste el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar,<sup>3</sup> definiendo como metas el incremento del

uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil hasta el 70.2%, reducir el crecimiento poblacional hasta 1.75% y disminuir la tasa global de fecundidad a 2.4.

Diferentes estimaciones de esta tasa<sup>4</sup> realizadas a través de la Encuesta Mexicana de Fecundidad (1976), la Encuesta Nacional Demográfica (1982) y la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (1987) han mostrado tasas globales de fecundidad de 5.8, 4.4 y 3.9 por mil mujeres respectivamente.

La Association for Voluntary Surgical Contraception International (AVSC International) desarrolla programas de planificación familiar en más de 40 países del mundo, ocho de ellos son latinoamericanos e incluyen a México. AVSC International ha colaborado estrechamente con muchos programas nacionales para introducir la vasectomía sin bisturí (VSB), pero ésta todavía no constituye un método suficientemente utilizado en la mayoría de los países en que AVSC realiza actividades;<sup>9</sup> sin embargo, Nirapathpongporn<sup>19</sup> menciona que la vasectomía se incrementa notablemente como método de contracepción popular y que había para 1990 más de 59 millones de varones vasectomizados en el mundo; existen datos que indican que para 1997 se han realizado 60 millones de VSB en 26 países.<sup>10</sup>

AVSC International ha apoyado, promovido y desarrollado proyectos de investigación sobre la introducción y promoción de la VSB en cuatro países latinoamericanos: Brasil, Colombia, Guatemala y México;<sup>9</sup> estas investigaciones han demostrado que los servicios de calidad y una estrategia diseñada para informar a los hombres pueden aumentar el conocimiento e influir en la demanda de la vasectomía.

Las principales ventajas de la VSB comparada con la vasectomía convencional son: no hay incisión con bisturí, no se realizan puntos de sutura, el procedimiento es más rápido, la recuperación es más corta, existe menor probabilidad de sangrado y/o hematoma, menor malestar, es precisa y efectiva.<sup>8,11,15,19</sup> Estas ventajas también son referidas por Stokton *et al*<sup>6</sup> aunque este último menciona como principales desventajas ante la vasectomía convencional las siguientes: se requieren dos instrumentos quirúrgicos especializados, algunos pacientes son malos candidatos por problemas anatómicos del escroto y se requiere un óptimo entrenamiento y destreza manual para realizar la técnica quirúrgica.

En 1989 en México, se capacitó a un grupo de médicos en el método de VSB con la técnica de Li Shun Qiang;<sup>5,6</sup> como resultado hubo un aumento sustancial en el número de VSB realizadas en el país, de 1,500 por año en promedio entre 1988 y 1989 a casi 2,500 en 1990.<sup>7,8</sup>

En 1995 en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (Ciudad de México), operaban 20 módulos de atención de VSB distribuidos en 16 Jurisdicciones Sanitarias, en cada módulo existía por lo menos un médico capacitado en la técnica quirúrgica sin bisturí. Esta investigación se realizó en el Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana" el cual es una Unidad de

Primer Nivel de Atención, sede universitaria para la formación de especialistas en Medicina Familiar; el Programa de VSB se inició en noviembre de 1993 y, hasta febrero de 1995, se habían realizado 379 vasectomías. El propósito de este estudio es presentar y analizar la experiencia de esta Unidad.

## Material y métodos

Se incluyeron en el estudio 371 expedientes que cumplieron los criterios de inclusión: información completa de las variables socioeconómicas, consejería y consentimiento informado, estudio clínico, motivos por los que se solicitó la vasectomía, estudios de laboratorio, nota del acto quirúrgico, complicaciones y evolución postquirúrgica (control de espermatozoos).

La promoción de la VSB se realizó a través de pláticas dirigidas a varones adultos asistentes al Centro de Salud, las pláticas fueron impartidas por las trabajadoras sociales y el Servicio de Enfermería de la Unidad, que recibieron capacitación adecuada para la promoción; además, se repartieron volantes informativos y se instaló un anuncio panorámico (manta de 5 x 2.5 metros) en la entrada de la unidad mencionando la disponibilidad de la VSB de manera gratuita. Los varones y/o parejas interesadas a través de las pláticas generales, volantes y el anuncio panorámico acudían a un módulo de información que proporcionaba datos más precisos y detallados de la VSB; en él se orientaba de manera específica a los interesados resolviendo dudas y aclarando conceptos e ideas sobre la VSB.

La consejería fue dirigida a los varones que decidieron realizarse la VSB; se proporcionó de manera confidencial en un consultorio de la unidad y fue impartida por los miembros del equipo responsable de la VSB (médicos, trabajo social y enfermería); a todos los pacientes se les sugería que era conveniente que los acompañara su esposa o pareja para informarse detalladamente de las características de la VSB. El contenido de la consejería incluyó aspectos señalados por Haws:<sup>12</sup>

- 1) Conocimiento y discusión sobre el método de anticoncepción que utilizaba(n) actualmente así como de los otros métodos (hormonales inyectables y orales, dispositivo intrauterino, salpingoclasia, condones y otros métodos locales físicos y químicos).
- 2) Explicación y énfasis de que la contracepción mediante la vasectomía era permanente y que existía una pequeña probabilidad de falla.
- 3) Explicación de que la vasectomía no afecta el funcionamiento sexual del hombre, ya que no altera la producción de hormonas masculinas que determinan el vigor sexual y la erección.<sup>13</sup>
- 4) Explicación del procedimiento quirúrgico utilizando esquemas gráficos de los genitales del hombre incluyendo beneficios y riesgos.

- 5) Utilización de un método anticonceptivo después de la vasectomía hasta que la cuenta de espermatozoides fuera cero o negativa.
- 6) Instrucciones claras y precisas antes y después de la intervención quirúrgica que se entregaban por escrito a los pacientes.
- 7) Importancia de los estudios de análisis de semen después de la VSB para control y evaluación de los propósitos de la cirugía.
- 8) Lectura y firma del consentimiento informado para realizarse la VSB.

Todos los pacientes fueron intervenidos con la técnica de Li Shun Qiang<sup>5,6</sup> utilizando anestesia local; las cirugías fueron realizadas por ocho médicos familiares que llevaron un curso de capacitación y fueron autorizados oficialmente por los directivos del Centro de Salud para realizar las vasectomías.

A los pacientes se les dieron indicaciones precisas sobre los cuidados y precauciones que debían tener, así como instrucciones para que, en caso de que se presentaran complicaciones en las 48 horas siguientes a la VSB, éstas se trataran oportunamente en el Centro de Salud. El tejido extirpado se envió a estudio histopatológico y se realizaron estudios de espermatoconteo a partir de los 15 días de realizada la vasectomía; dichos estudios se practicaron con periodicidad mensual hasta que resultaran negativos. Se informó a la pareja insistiendo en la conveniencia de utilizar otro método de control anticonceptivo hasta que no hubiera espermatozoides en el semen. En cada visita los pacientes informaban si se presentaban complicaciones o quejas relacionadas con la intervención quirúrgica. Fueron dados de alta cuando resultaron negativos en la cuenta de espermatozoides, motilidad de 0% y viabilidad de 0% en dos muestras consecutivas de semen.

La información obtenida de los expedientes se almacenó en bases de datos mediante el programa Dbase III plus y se analizaron con el programa Epi Info 6.0 en un ordenador personal 486; se obtuvieron estimadores estadísticos de tendencia central, medidas de resumen y de dispersión; el análisis se hizo en la Coordinación de Investigación y Epidemiología del Centro de Salud.

## Resultados

Se estudiaron 371 expedientes de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. El promedio de edad de los pacientes fue de 33 años con desviación estándar de  $\pm 7$  años; el hombre más joven tuvo 19 años y el mayor 69 años. El 82.5% eran casados y 14.3% vivían en unión libre con una relación de pareja estable; el promedio de hijos vivos de los pacientes fue de dos.

En cuanto a la escolaridad el promedio de años de estudio fue de nueve años, tres casos (0.8%) analfabetos, 18.1% tenían nivel de licenciatura y 0.8% posgrado.

El 52.3% tenían empleo fijo, el 43.1 trabajaban por su cuenta en algún oficio (principalmente artesanos, choferes y comerciantes), el 4.3% eran desempleados y uno estaba pensionado.

Los principales motivos para solicitar la VSB se presentan en el cuadro 1.

El 87.2% de las mujeres estuvieron de acuerdo con la decisión del hombre para que él se hiciera la VSB, una mujer no estaba de acuerdo y en siete casos el hombre no comunicó a su esposa o pareja la decisión de hacerse la VSB.

Durante el acto quirúrgico no se presentaron incidentes y no existieron complicaciones posvasectomía en 353 casos (cuadro 2).

Los resultados histopatológicos del tejido enviado a patología reportaron conductos deferentes en 99.7% de los especímenes; sólo en un caso se reportó otro tejido distinto a los conductos deferentes.

Al final de la investigación 248 (66.8%) terminaron sus estudios de seguimiento hasta que el recuento de espermatozoides fuera negativo; de éstos últimos, 146 (39.4%) se reportaron negativos totalmente en la cuenta de espermatozoides entre los tres a seis meses después de la VSB; 123 pacientes fueron perdidos en el seguimiento, es decir, no regresaron para realizarse la cuenta de espermatozoides a pesar de que el personal de trabajo social hizo dos a tres visitas a sus casas para reconquistarlos (cuadro 3).

El tiempo promedio para que la cuenta de espermatozoides resultara negativa fue de 5 meses. El 22% (81) de los pacientes iniciaron sus relaciones sexuales antes de 10 días posteriores a la VSB y el 34% antes de los 20 días.

**Cuadro 1.** Principales motivos por los que los hombres solicitaron la vasectomía sin bisturí.

Motivo	Frecuencia	Porcentaje
Paridad satisfecha	271	73.0
Problemas económicos	50	13.5
Problemas de salud de la esposa o pareja	41	11.0
Otros motivos	9	2.5
Total	371	100.0

**Cuadro 2.** Complicaciones presentadas en las vasectomías sin bisturí realizadas en el centro de salud.

Tipo de complicación	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	353	95.1
Epididimitis	14	3.9
Hematomas	4	1.0
Total	371	100.0

**Cuadro 3.** Reportes negativos en el espermatoconteo por meses en los pacientes que se les realizó vasectomía sin bisturí

Meses	Frecuencia	Frec. acum.	Porcentaje	Porcent. acum.
Menos de 2	6	6	01.6	01.6
3-6	146	152	39.4	41.0
7-9	25	177	06.7	47.7
10 – 12	22	199	05.9	53.6
13 - 24	49	248	13.2	66.8
Pérdidas en el seguimiento	123	371	33.2	100.0
Total	371	371	100.0	100.0

## Discusión

En este estudio se determinó el perfil del varón aceptante a la VSB en una unidad de atención primaria: casado,  $33 \pm 7$  años de edad en promedio, dos hijos vivos, escolaridad media de nueve años y con relación de pareja estable fueron las características comunes encontradas.

El principal motivo manifestado por los hombres para elegir la vasectomía fue la paridad satisfecha, este hecho no se comparte con otros estudios como el de Landry y Ward<sup>14</sup> en el que entrevistaron a 218 parejas en seis países; encontrando que tanto hombres como mujeres afirmaban que su motivo principal para someterse a la vasectomía era la salud de la mujer; en nuestro trabajo este último motivo fue encontrado en el 11% de los hombres, cifra 7% menor que la obtenida por Arellano y col.<sup>10</sup> quienes estudiaron mil casos de VSB en una Unidad de Medicina Familiar en la Ciudad de México.

Llama la atención que siete hombres no comunicaron a sus esposas o cónyuges la decisión de hacerse la VSB, aunque representan menos del 2% de los casos y pudiera considerarse como un error o falla en la consejería, es importante señalar que se trataba de hombres solteros o divorciados.

La experiencia obtenida acerca del proceso de la consejería fue una parte muy útil en el desarrollo de este estudio pues consideramos que es el elemento clave para que el hombre acepte física y psicológicamente la esterilización permanente. Como se mencionó anteriormente, tuvimos pérdidas en el seguimiento de 123 pacientes (33.2%); Reyes y col.<sup>17</sup> reportan en un estudio realizado en 171 varones 71.2% de pérdidas; Smith,<sup>18</sup> en cambio, las obtuvo en 24% de los 245 varones que se realizaron vasectomía convencional en dos hospitales ingleses. Pensamos que estas pérdidas se inscriben en el riesgo "natural" que se tiene de perder pacientes en un sistema público de atención médica que no atiende a población cautiva o asegurada, sobre la cual no se puede tener un control total.

Aunque la oferta de la VSB es gratuita en las instituciones públicas de salud del país y difiere de la atención médica privada, observamos que la consejería integral, precisa y

selectiva es de gran importancia en los hombres interesados en realizarse la vasectomía; encontramos que repercute favorablemente en el desarrollo de la atención médica proporcionada, se optimizan los recursos y tiempos en la programación de cirugías y, quizá lo más importante, se establece un compromiso moral y social en el seguimiento de los pacientes hasta su alta, favoreciendo la evaluación de los resultados del programa.

Nuestra experiencia con la consejería concuerda con los resultados publicados por Haws *et al*<sup>12</sup> quienes estudiaron las características para optimizar el tiempo de espera del consentimiento informado de pacientes que se interesaban en la vasectomía.

Corroboramos que la VSB es menos dolorosa y causa menos complicaciones como sangrado y hematomas; aunque nuestro estudio no tuvo grupo control ni fue comparativo, la tasa de presentación de dichas complicaciones fue muy baja (epididimitis 3.9% y hematomas 1%), los hombres intervenidos manifestaron que el malestar y/o dolor locales duró apenas uno o dos días y permitió la pronta reincorporación a sus actividades habituales.

Nirapathpongporn<sup>19</sup> reporta una tasa de complicaciones de 0.4% en 1,203 varones a quien se les realizó VSB en un solo día en Bangkok, en un estudio comparativo realizado por Family Health Interational<sup>15</sup> (FHI), se estudiaron 1,428 hombres, 705 sometidos a la VSB y 723 a la vasectomía convencional, los pacientes presentaron una tasa de 1.3% de hematomas y menor dolor en el grupo sin bisturí contra 9.2% de hematomas en el grupo convencional.

En lo que se refiere al tiempo promedio de negativización en la cuenta de espermatozoides un estudio piloto realizado en conjunto por Family Health International, AVSC International y el Instituto Mexicano del Seguro Social,<sup>16</sup> en 38 hombres quienes eligieron la vasectomía, se evaluó el tiempo y número de eyaculaciones determinantes para lograr azoospermia, encontraron que en promedio la azoospermia se presentó entre la 10ª y 20ª semanas o entre 25 y 30 eyaculaciones posteriores a la VSB; en nuestro estudio obtuvimos un promedio de cinco meses (20 semanas) pero sin control del número de eyaculaciones.

Según Landry, la proporción de parejas casadas en edad

de procrear que usan la vasectomía es del uno por ciento en países como Brasil, Colombia, Kenia y México.<sup>8,20</sup> Para mejorar en esta situación se ha pensado en campañas para que el varón acepte mayormente la vasectomía, entre ellas destacan: el uso de salas de espera especiales o clínicas para los hombres,<sup>21</sup> consejería dirigida a las mujeres en el periodo posparto ya que existe una situación más receptiva por parte de ellas<sup>22</sup> y la participación de otros varones que se han sometido a la vasectomía.

Finalmente, los resultados de este trabajo nos conducen a reflexionar sobre el perfeccionamiento del proceso de consejería que hemos seguido; una línea de investigación alentadora es identificar y evaluar cómo hacen su decisión las parejas y matrimonios que desean utilizar un método definitivo de control de la fertilidad; Miller,<sup>23</sup> menciona que el proceso debe involucrar a ambos esposos, sus motivaciones, influencia, comunicación y conocimiento de otras personas esterilizadas así como su opinión sobre si se sienten satisfechas o insatisfechas con su decisión.

### Agradecimientos

Agradecemos a la Dra. Silvia Landgrave Ibáñez, Coordinadora de la Biblioteca "Dr. José Laguna" del Departamento de Medicina Familiar, por su valiosa colaboración en la recopilación de documentación bibliográfica para la elaboración de este documento, así como al Dr. Gómez Clavelina profesor del Departamento de Medicina Familiar.

### Referencias

- Seltzer JR, Johnson LK, Yamashita SK. Midterm Program Review of the US-Mexico. Program of collaboration on Population and Reproductive Health. POPTECH report No. 96-083-049 Population Technical Assistance Project. Arlington VA, USA. 1996:1.
- Poder Ejecutivo Federal Programa Nacional de Población 1995 – 2000, México D.F. 1995.
- Poder Ejecutivo Federal Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995 – 2000, México D.F. 1995.
- Welti Ch C. La Fecundidad en México (Tomo V) Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática I<sup>a</sup>. Edición, México 1995: 5-9.
- Li SQ, Goldstein M, Zhu J, Huber D. The no-scalpel vasectomy. *J Urol* 1991; 145: 341-344.
- Stokton MD, Davis LE, Bolton KM. No-scalpel vasectomy: a technique for family physicians. *American Family Physician* 1992; 46(4): 1153-1164.
- Martínez-Manautou J, Hernández D, Alarcón F, Correu S. Introduction of non-scalpel vasectomy at the Mexican Social Security Institute. *Advances in Contraception* 1991; 7(2-3): 193-201.
- Herndon N. La vasectomía se hace más atractiva. *Family Health International* 1991; 7(3): 31-34.
- Alarcón F, Juárez C, Ward V, Landry E, Estrada A. La vasectomía en México: estudio sobre la toma de decisión. *AVSC International* 1995.
- Arellano LS, González B JL, Hernández OA, Moreno AO, Espinosa PJ. No-escalpel vasectomy: Review of the first 1000 cases in a family medicine unit. *Arch Med Res* 1997; 28(4): 517-522.
- Internet: <http://www.avsc.org/contraception/cnsv.html>.
- Haws JM, Butta PG, Girvin S. A comprehensive and efficient process for counseling patients desiring sterilization. *Nurse Pract* 1977; 22(6): 52-61.
- Escobar MC. An exploratory study on service providers' attitudes towards vasectomy: profamilia clinics, Colombia Bogotá: *AVSC International*, 1996.
- Landry E, Ward V. Perspectives from couples on the vasectomy decision: A six country study. *Reprod Health Matters* 1997; special issue: 58-67.
- Family Health International. Final Report: A comparative study of the no-scalpel and the standard incision method of vasectomy in five countries. Research Triangle Park, NC: Family Health International. 1996.
- Cortes M, Flick A, Barone MA, Amatya R, Pollack AE, Otero-Flores J, Juárez C, McMullen S. Results of a pilot study of the time to azoospermia after vasectomy in Mexico City. *Contraception* 1997; 56(4): 215-22.
- Reyes CH, Lara RR, Echavarría SM. Vasectomía sin bisturí: Perfil de aceptantes y resultados clínicos en el INPer. *Salud Reproductiva* 1996; 64(sup 1): 113.
- Smith A G, Crooks J, Singh N P, Scott R Lloyd S N. Is the timing of post-vasectomy seminal analysis important? *Br J Urol* 1998; 81(3): 458-460.
- Nirapathpongorn A, Huber D H, Krieger J N. No-scalpel vasectomy at the King's birthday vasectomy festival. *Lancet* 1990; 335: 894-895.
- Finger W R. La vasectomía ofrece muchas ventajas. *Network en español* 1977; 18(1): Internet <http://www.fhi.org/spfrhp/sp/networks/sv18-1/ns1813.html>.
- Vernon R. Operations research on promoting vasectomy in three latin-american countries. *Int Fam Plann Pespect* 1996; 22(1): 26-31.
- Healy B. Does vasectomy cause prostate cancer? *JAMA* 1993; 269(20): 2620.
- Miller WB, Shain RN, Pasta DJ. Tubal sterilization or vasectomy: how do married couples make the choice? *Fertil Steril* 1991; 56(2): 278-284.

---

En operación pagada por precio convenido, si se complica y prolonga ya no cargar visitas y curaciones; dirán, y con razón: fue un mal negocio para el enfermo, pero bueno para el médico.

Dentro del utilitarismo profesional es preferible pecar de blando, que de duro; es más noble sembrar semilla de bendición que de maldición, y más hermoso dejar recuerdos gratos que ingratos. El objeto primordial de la vida no es hacer dinero.

Dr. Gonzalo Castañeda