

Historia de los métodos anticonceptivos

Los estudios actuales demuestran que, de una lista de ocho razones para tener relaciones sexuales, tener hijos es el motivo menos frecuentemente mencionado (Hill, 1997). Esto parece haber sido igual en todas las épocas. Desde los comienzos de la historia, hombres y mujeres han deseado poder decidir si querían tener hijos y en qué momento querían hacerlo. Los métodos anticonceptivos se han usado de un modo u otro por miles de años a través de la historia humana e incluso la prehistoria. De hecho, la planificación familiar siempre se ha practicado ampliamente, incluso en sociedades dominadas por códigos sociales, políticos o religiosos que requieren que las personas “sean prolíferas y se multipliquen” — desde la era de Pericles en la antigua Atenas hasta la del Papa Benedicto XVI en la actualidad — (Blundell, 1995; Himes, 1963; Pomeroy, 1975; Wills, 2000).

Por supuesto que los métodos utilizados antes del Siglo XX no eran siempre tan seguros o eficaces como los actuales. Hace siglos, las mujeres chinas bebían plomo y mercurio para controlar su fertilidad, lo cual muchas veces tenía como resultado la esterilidad o la muerte (Skuy, 1995). Durante la Edad Media en Europa, los magos les aconsejaban a las mujeres que lleven los testículos de una comadreja puestos sobre los muslos o que le amputaran una pata y la lleven colgada alrededor del cuello (Lieberman, 1973). Otros amuletos de la época eran las coronas de hierbas, el hígado de gato disecado o los fragmentos de huesos de gato (sólo de gatos completamente negros), hilachas de lino atadas a un paño y empapadas en sangre menstrual, o el ano de una liebre. También se creía que las mujeres podían evitar el embarazo si daban tres vueltas alrededor del lugar preciso en donde había orinado una loba preñada. Más recientemente, en Nuevo Brunswick, Canadá, las mujeres bebían una poción de testículos de castor disecados macerados en una solución alcohólica muy fuerte. Y, en una época tan reciente como la década de 1990, los adolescentes en Australia

utilizaban envoltorios de golosinas como condón (Skuy, 1995).

Hay algo aún más sorprendente que estos métodos extraños y totalmente ineficaces, y es que la ciencia moderna ha descubierto que muchos otros métodos de la antigüedad, en especial ciertos tratamientos de hierbas, tienen en realidad algún grado de eficacia — a pesar de que no siempre son seguros o prácticos (Riddle, 1992).

Planned Parenthood está muy orgullosa del rol histórico que viene cumpliendo desde hace años para lograr que la planificación familiar sea segura y eficaz y esté disponible para todas las mujeres y los hombres del mundo — en 1916, Margaret Sanger abrió la primera clínica de planificación familiar en Norteamérica; en 1950, Planned Parenthood financió la búsqueda inicial de un anticonceptivo oral de primera calidad; en 1965, Planned Parenthood de Connecticut salió favorecida por la Suprema Corte de Estados Unidos en el juicio *Griswold contra Connecticut* (1965), que finalmente y de una vez por todas hizo revertir las leyes estatales y locales que habían prohibido el uso de anticonceptivos por parte de parejas casadas; y hoy en día, Planned Parenthood continúa liderando el movimiento a favor de la planificación familiar defendiendo y ampliando positivamente los derechos reproductivos de las mujeres y sus opciones en contra de aquellos que se proponen limitarlos (Chesler, 1992).

A continuación, les proporcionamos una serie de breves descripciones que ilustran sólo algunos de los numerosos métodos que han aplicado hombres y mujeres a lo largo de la historia con el fin de disfrutar su vida sexual sin dejar de planificar su vida familiar con responsabilidad.

ADVERTENCIA: Esta historia de prácticas anticonceptivas describe diversos procedimientos y sustancias que se usaban tradicionalmente para evitar embarazos, pero los mismos no son recomendados por Planned Parenthood Federation of America. La mayoría pueden causar daños y/o fallar como anticonceptivo. Si desea obtener una lista de las opciones anticonceptivas que se ofrecen actualmente en los centros de salud de Planned Parenthood, visite www.plannedparenthood.org.

Métodos conductuales

Muchos de los primeros métodos de planificación familiar estaban basados en la conducta sexual y son todavía utilizados por millones de personas en el mundo.

Las personas que usan estos métodos son generalmente aquellas que no tienen muchas otras alternativas. Pero también hay personas que tienen acceso a los últimos avances en la tecnología de anticonceptivos y aun así prefieren seguir usando algunos de estos métodos antiguos. Durante miles de años, la abstinencia, el intercambio de placer sin tener relaciones — relaciones sexuales sin penetración — el retiro, la predicción de la fertilidad y la lactancia continua fueron utilizados por nuestros ancestros para evitar embarazos no planificados. Estos métodos todavía cumplen un rol importante respecto de la planificación familiar.

Abstinencia continua

En general, en la Edad de Piedra no se sabía de dónde venían los bebés. Algunos pensaban que el espíritu de los niños vivía en ciertas frutas y que el embarazo era una consecuencia de comer esa fruta. Otros pensaban que los responsables de los embarazos eran el sol, el viento, la lluvia, la luna o las estrellas — muchos creían que la espuma del mar era especialmente potente — (Jensen, 1982). El embarazo era un hecho mágico. La abstinencia nunca fue utilizada como método de planificación familiar por parte de aquellos que pensaban que la reproducción era algo mágico.

En cambio, era un método muy importante sobre todo para las mujeres que entendían la conexión entre el coito vaginal y la reproducción. En muchas culturas se esperaba que las mujeres practiquen la abstinencia después de la menarca — los primeros períodos menstruales — (Sherfley, 1966). De este modo, el futuro marido estaría seguro de que era el padre de los hijos. A lo largo de la historia, la verdadera motivación de mantener virgen a la novia y fuera de la vida pública a la mujer fue asegurarles a los hombres que su paternidad era legítima (Fisher, 1992). Irónicamente, esta misma

motivación es la que dio lugar al criterio moral sexual que favorece al hombre y a la proliferación de la prostitución en la mayoría de las culturas (Bullough & Bullough, 1987).

La abstinencia como método anticonceptivo en el matrimonio fue el estandarte del Movimiento de Maternidad Voluntaria que se llevó adelante en Norteamérica durante la década de 1870, encabezado por feministas como Elizabeth Cady Stanton y Susan B. Anthony (D'Emilio & Freedman, 1988). Las sufragistas creían que las parejas casadas debían abstenerse de tener relaciones sexuales para controlar el tamaño de sus familias (Abbott, 2000; D'Emilio & Freedman, 1988; McLaren, 1990).

La abstinencia de las mujeres casadas como método anticonceptivo, no obstante, provocó que los hombres casados recurrieran más todavía a la prostitución, lo cual a su vez generó epidemias de infecciones de transmisión sexual hacia fines de siglo XX (Brandt, 1985; Bullough & Bullough, 1987). En respuesta al aumento de la prostitución y las infecciones de transmisión sexual, en 1885, el Movimiento de Abstinencia Femenina, destinado a elevar los valores de los hombres al nivel de los de las mujeres, por ejemplo, respecto de la abstinencia, lanzó la Campaña de la Cinta Blanca, que proponía que los hombres que decían ser puros lleven una cinta blanca en la solapa (D'Emilio & Freedman, 1988).

Uno de los principales motivos para que los adolescentes practiquen la abstinencia hoy en día es evitar embarazos no planificados. En el pasado, era común que las mujeres jóvenes pudieran explorar su sexualidad con juegos sexuales que incluían la penetración vaginal sin correr el riesgo de quedar embarazadas porque la menarca no les llegaba hasta más avanzada la adolescencia (Sanfilippo & Hertweck, 1998). Durante el siglo pasado, hubo una disminución radical en la edad promedio de la menarca, y esa es una de las razones del reciente aumento de embarazos adolescentes en occidente (Hrady, 1999). En la Edad Media, la edad promedio de la menarca era posiblemente alrededor de los 20. En otras palabras, por más apasionados que fueran los jóvenes como Romeo y Julieta, era muy improbable que su conducta tuviera “serias consecuencias” (Aries, 1962).

Hacia 1840, la edad promedio de la menarca había descendido a los 17-18 años. Y hoy en día la edad promedio en la cual las jóvenes tienen su primer período es 12.5 años. Los fisiólogos creen que la anticipación de la menarca tiene que ver con una

mejor nutrición y con factores de tipo genético y ambiental (Sanfilippo & Hertweck, 1998).

Siempre ha existido la actividad sexual entre adolescentes y preadolescentes, a pesar del tabú social. Las jóvenes de la actualidad tienen el mismo interés natural en explorar su sexualidad, pero es mucho más fácil que las “descubran” si tienen un embarazo no planificado por tener relaciones sexuales vaginales sin protección.

Relaciones sexuales sin penetración

Augustine de Hippo (350–430 C.E.), un obispo influyente de los primeros años de la iglesia cristiana, enseñaba que la masturbación y otras formas de relaciones pene-vaginales — relaciones sexuales sin penetración — eran pecados peores que la fornicación, la violación, el incesto y el adulterio. Sostenía que la masturbación y otras actividades sexuales no reproductivas eran pecados “antinaturales” porque eran anticonceptivos. Como la fornicación, la violación, el incesto y el adulterio podían conducir al embarazo, eran pecados “naturales” y por lo tanto muchos menos graves que los pecados “antinaturales” (Ranke-Heinemann, 1990).

Mientras que Augustine les imponía a todos los clérigos casados de su diócesis que dejaran a sus esposas y se fueran a vivir a los monasterios adoptando el celibato (Ranke-Heinemann, 1990), Mallinaga Vatsayayana, en la lejana India, estaba escribiendo el libro más importante sobre juegos sexuales reproductivos y no reproductivos — el *Kama Sutra*, la enciclopedia de prácticas sexuales más completa del mundo antiguo.

Escrito en el 400 C.E., el *Kama Sutra* de Vatsayayana es una recapitulación de los *Kama Shastras* que describe a la “práctica erótica” como uno de los tres propósitos de la vida para los antiguos Hindúes de la India (Daniélou, 1994). Los *Shastras* ya tenían 2000 años cuando Vatsayayana los plasmó en hindi. Más de mil años después, el *Kama Sutra* trascendería en el tiempo para tener el alcance que tiene en la actualidad.

La primera traducción al inglés del *Kama Sutra* la publicó Sir Richard Burton en forma privada y se hizo circular discretamente entre los miembros de la Sociedad Kama Sutra Británico en 1883. La primera edición popular de este manual de las relaciones sexuales, los juegos previos al acto sexual y las relaciones sexuales sin penetración, se publicó en los Estados Unidos en la década de 1960 y se convirtió en la biblia de la revolución sexual de esa época (Burton, 1991).

En la Nueva Inglaterra colonial, las relaciones sexuales sin penetración se vieron incrementadas por la costumbre de “liarse” (*bundling*). Como consecuencia de las largas distancias que había que recorrer para las visitas de los novios y la falta de calefacción central y espacio en las habitaciones, las parejas comprometidas se “liaban”. Dormían juntos en la misma cama, ya sea vestidos completamente o con un “*bundling board*” (un tablero) colocado en la cama entre ellos. Era de esperarse que los jóvenes tuvieran contacto físico de todos modos, pero la idea era que no tuvieran relaciones sexuales vaginales. No obstante, hubo un aumento radical en las tasas de embarazo prenupcial e “ilegitimidad” hacia mediados del Siglo XVIII y se responsabilizó de esta situación a la práctica de “liarse o *bundling*”, por lo tanto, en 1770 los clérigos salieron a denunciar la inmoralidad de esta práctica y lograron que cayera en desuso (D’Emilio & Freedman, 1988).

La práctica de relaciones sexuales sin penetración renació en Norteamérica en las décadas de 1940 y 50. En esos años, la virginidad se consideraba un atributo muy importante en las mujeres solteras. Tener relaciones sin penetración en el asiento trasero del sedán de su novio en el autocine — comúnmente llamadas “pozos de pasión” por los adolescentes en los años 50 — les permitía a las jóvenes explorar su sexualidad sin dejar de ser “técnicamente” vírgenes (Kinsey, 1948).

Las relaciones sin penetración se vieron relegadas a un segundo plano por la penetración vaginal cuando salió al mercado “la píldora” durante la revolución sexual de los años ‘60 (Brandt, 1985; Valdiserri, 1988). Para la década de 1980, tener relaciones sexuales vaginales en una cita ya se daba casi por hecho entre los heterosexuales (Coontz, 1992). Pero con la propagación del SIDA a principios de los ‘80, la revolución sexual empezó a perder un poco su encanto y muchos hombres y mujeres empezaron a preguntarse si no estaban perdiéndose algo al pasar por alto los otros placeres de la actividad sexual. En el afán de romance y con el conocimiento que existe en la actualidad respecto de los riesgos del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, hombres y mujeres del Siglo XXI están redescubriendo el placer de cortejar, seducir y tener relaciones sin penetración (Cordes, 1988).

Retiro

Existen dos formas de retiro. *Coitus interruptus* es el nombre en latín de la forma de retiro que incluye la eyacuación después de retirarse. *Coitus reservatus* es el nombre en latín del retiro que no incluye eyacuación. Ambas formas se han utilizado desde la antigüedad para evitar embarazos y

también por otras razones (Bullough & Bullough, 1990).

Según el libro del Génesis, el personaje bíblico Onán despertó la ira de Dios por practicar el *coitus interruptus* en vez de seguir la costumbre local de embarazar a su cuñada después de la muerte de su hermano. Onán “derramó su simiente en la tierra”. Desde entonces, muchos judíos y cristianos devotos creen que es un pecado eyacular sin función reproductiva, ya sea en el caso del retiro, la masturbación u otras formas de actividad sexual. Fuera pecado o no, hacia fines del Siglo XIX el *coitus interruptus* era uno de los métodos anticonceptivos más usados en el mundo. El socialista utópico estadounidense Robert Dale Owen defendió esta práctica en su libro *Fisiología moral (Moral Physiology)*, publicado en 1831 y distribuido durante más de 40 años (Bullough & Bullough, 1990; D’Emilio & Freedman, 1988).

En la antigua China y la India, se recomendaba a los hombres que practicaran el *coitus reservatus* porque se creía que la eyaculación generaba una gran pérdida de *yang*, la esencia de la masculinidad. La eyaculación “excesiva” podía disminuir el vigor del hombre disminuyendo su capacidad de tener descendencia masculina. Al tener relaciones sexuales vaginales sin eyacular — *reservatus* — el hombre podía recibir un poco del *yin* de su pareja — la *esencia* de la feminidad, sin sacrificar demasiado su *yang* (Bullough & Bullough, 1990). Las parejas que usan técnicas de yoga Kundalini sexualmente todavía usan el *coitus reservatus* para mantener un equilibrio entre el *yin* y el *yang* (Van Gulik, 1974).

En China, a los hombres que no podían evitar la eyaculación se les instaba a desviarla. Es decir, se les enseñaba a presionar firmemente la uretra entre el escroto y el ano con un dedo mientras eyaculaban, con lo cual, según sus creencias, el semen se desviaba hacia la columna vertebral y pasaba por todos los *chacras* hasta llegar al cerebro. (Esta técnica, de hecho, hace que el semen ingrese a la vejiga y salga del organismo junto con la orina). Esta forma de *coitus reservatus* se llama *coitus obstructus* (Bullough & Bullough, 1990).

El placer, especialmente el placer sexual, era considerado un pecado por muchos de los primeros cristianos — incluso si se daba en las relaciones sexuales con fines reproductivos. No obstante, también se consideraba que el hombre tenía el deber de tener relaciones sexuales vaginales con su esposa para cuidar su salud — en la Alta Edad Media se creía que las mujeres se debilitaban y se tornaban histéricas si no tenían relaciones sexuales regularmente (Maines, 1999). Muchos teólogos

predicaban que, dado que el placer del hombre provenía de la eyaculación, tener relaciones sin eyacular no era pecaminoso. Por lo tanto, el *coitus reservatus* era la única forma que tenían los hombres cristianos de mantener relaciones sin pecar (Ranke-Heinemann, 1990).

El *coitus reservatus* también era el método preferido para los juegos sexuales de carácter no procreativo en Oneida, la comunidad religiosa utópica que fundó John Humphrey Noyes a fin de siglo al norte de Nueva York (Bullough & Bullough, 1990). En principio esta comunidad era un experimento social en el que los miembros compartían las pertenencias y las parejas sexuales, pero luego se convirtió en una empresa rentable famosa por su producción de platería Oneida® (D’Emilio & Freedman, 1988; Harkavy, 1991).

Métodos de observación de la fertilidad

Siempre se ha tratado, con dificultad, de entender cómo funcionan la fertilidad de la mujer y la reproducción humana. No es del todo sorprendente el hecho de que sólo algunas personas lograran establecer cuál era la conexión exacta entre las relaciones sexuales y el embarazo — los científicos no identificaron el esperma hasta el año 1678 (Bullough & Bullough, 1990). Y les llevó otros 100 años descubrir cuál era su función. El óvulo del mamífero fue identificado recién en 1827. Los períodos de ovulación de la mujer eran un misterio hasta la década de 1930 y recién en 1995 los fisiólogos pudieron demostrar en qué momento era más probable la fecundación del óvulo (Wilcox, 1995).

En la antigua India, se solía tener relaciones sexuales vaginales durante la menstruación de la mujer porque se creía que la sangre menstrual era el semen femenino — es decir que los bebés eran producto de la unión de la sangre menstrual y el semen masculino (Burton & Arbuthnot, 1991). No obstante, en casi todas las demás culturas estaba prohibido tener relaciones durante la menstruación. Por ejemplo, las leyes judías talmudistas de Niddah, prohíben tener relaciones durante la menstruación y la semana siguiente al período — lo cual hace que el matrimonio tenga relaciones cuando está llegando el momento de mayor fertilidad de la mujer (Golub, 1992).

En la Europa medieval era obligatorio practicar la abstinencia periódica por razones religiosas, pero es posible que esto haya tenido un gran impacto en la tasa de embarazos de la época. Hacia el 800 C.E., las mujeres y los hombres cristianos estaban obligados a abstenerse de la actividad sexual durante un mínimo de cinco meses por año — en los períodos de menstruación (aproximadamente 60

días), los 40 días de Cuaresma, los 20 días de Adviento, los 20 días de Pentecostés, todos los días festivos, los domingos y tres o más días antes de recibir la comunión. También estaba prohibido tener relaciones sexuales durante el embarazo (Ranke-Heinemann, 1990).

La penitencia por violar estas reglas podía ser, entre otras, pasar de 4 a 40 días (según cuál fuera la infracción) con una dieta de pan y agua. Estas reglas se mantuvieron por tantos siglos que muchas personas todavía siguen la tradición de tomar la comunión sólo durante los grandes festejos de Navidad, Pascuas y Pentecostés — antaño, todos tenían que ayunar y abstenerse de tener relaciones sexuales durante esas épocas del año, ya que la comunión era obligatoria (Ranke-Heinemann, 1990).

A comienzos del siglo XXI, un método de calendario nuevo y eficaz y un nuevo método del moco cervical se pueden utilizar en Estados Unidos. Las mujeres cuyos ciclos regulares oscilan entre los 26 y 32 días pueden usar CycleBeads® para identificar sus días seguros e inseguros. Las mujeres que fueron entrenadas para reconocer sus secreciones cervicales usan el método de los Dos Días que les permite reconocer los días seguros cuando hacen dos preguntas: ¿Tengo secreciones hoy? ¿Tuve secreciones ayer? La mujer que puede contestar “no” a esas preguntas puede entonces considerar que es un día seguro para tener relaciones sexuales sin protección (Knowles, 2010).

Las mujeres africanas y las aborígenes norteamericanas de los Siglos XVII y XVIII fueron las primeras que realmente entendieron sus ciclos de fertilidad lo suficiente como para planificar sus familias. Ellas entendían que controlar la calidad de su moco cervical podía ayudarles a evitar o planificar un embarazo (Shivandan, 1979). La ciencia occidental llegó a esta misma conclusión recién en 1960, cuando los médicos australianos John y Evelyn Billings realizaron estudios que demostraron que el método de observación del moco cervical era superior al método del calendario. Esto es hoy un elemento clave del método sintotérmico, que combina tres métodos: el del moco cervical, el de la temperatura basal del cuerpo y el del calendario (Bullough & Bullough, 1990).

Método de amenorrea por lactancia

Una lactancia completa puede posponer la ovulación y la menstruación — amenorrea por lactancia (Hatcher et al., 1998). Desde los comienzos de la historia, las mujeres de todo el mundo, especialmente las de bajos recursos, han usado la lactancia extendida para espaciar sus embarazos. Desde la antigua Atenas y Roma, pasando por el Siglo XV y hasta fines del Siglo XIX,

sin embargo, las mujeres aristocráticas y de clase media que vivían en las ciudades europeas no amamantaban ni daban el biberón a sus hijos — sino que contrataban a una mujer como nodriza o les encomendaban esta tarea a sus esclavas, lo cual explica porqué en varios momentos de la historia las mujeres ricas tenían más hijos que las mujeres pobres (McLaren, 1990).

Como amamantar a los hijos interfería con el estilo de vida de las mujeres de clase alta y como en la ciudad era difícil conseguir leche de vaca limpia, los bebés franceses y toscanos muchas veces eran enviados al campo para ser amamantados. Era común que los niños no vieran a sus padres hasta cumplir entre dos y cuatro años — si es que lograban sobrevivir (Chartier et al., 1989; McLaren 1990).

En el Siglo XVIII, se empezó a exhortar a las mujeres inglesas a que amamantaran a sus propios hijos, lo cual logró reducir la tasa de mortalidad infantil y el número de embarazos no planificados. En otras partes de Europa, no obstante, las nodrizas seguían amamantando a sus propios hijos junto con los bebés de otras mujeres. A menudo se veían forzadas a alimentar a sus propios niños con leche de vaca. De hecho, para una persona de campo haber sido alimentado con leche de vaca era una muestra de pobreza, ya que indicaba que su madre se había visto obligada a amamantar a otros niños negándoles su leche a los hijos propios. Con frecuencia, no había leche suficiente para todos los niños, con lo cual muchos sufrían de desnutrición. En Francia era tan grande el número de muertes infantiles que la tradición se convirtió en un escándalo. Hacia fines del Siglo XIX, las nodrizas francesas vivían en la casa de sus patrones en vez de vivir en su propia casa en el campo (Chartier et al., 1989).

También en el Sur de Estados Unidos existían las nodrizas en la misma época. En general, quienes trabajaban de nodrizas en Estados Unidos eran mujeres que no tenían muchas más opciones — eran esclavas afro-norteamericanas (Yalom, 1998) para quienes amamantar niños era preferible antes que tener más hijos para que sean esclavos de los dueños de las plantaciones o de los comerciantes de esclavos.

Las mujeres que tenían nodriza para amamantar a sus hijos sabían que si no lo hacían ellas mismas tenían más riesgo de quedar embarazadas. Pero les daba tanto placer estar liberadas de la carga de atender a los niños entre un embarazo y otro, que muchas pensaban que valía la pena (Chartier et al., 1989).

Métodos de barrera

El condón

La representación más antigua que se conoce de un hombre usando un condón durante el acto sexual está pintada en la pared de una cueva en Francia. Tiene entre 12,000 y 15,000 años de antigüedad (Parisot, 1987). También en Egipto se encontró una ilustración de un condón, y tiene más de 3,000 años. No obstante, es difícil discernir a través de la ilustración cuál era la intención del egipcio con el condón. Tal vez lo utilizaba por razones sexuales o rituales — o tal vez por las dos (Parisot, 1985).

Los historiadores nunca han llegado a un acuerdo sobre cuál es el origen de la palabra “condón”. Algunos dicen que en el Siglo XVIII, el “Dr. Condom” le abastecía al rey fundas hechas de tejido animal para que no tuviera hijos ilegítimos y no contrajera enfermedades de las prostitutas (Himes, 1963; Valdiserri, 1988). Otros proclaman que la palabra proviene de un tal “Dr. Condon” o cierto “Coronel Cundum”. Pero es más probable que la palabra derive del latín *condon*, que significa “receptáculo” (Himes, 1963; Parisot, 1985).

Los condones más antiguos se encontraron en los cimientos del Castillo Dudley en Inglaterra. Estaban hechos de tripa animal y se calculó que databan de aproximadamente 1640 (Parisot, 1985). Probablemente, se usaban para reducir el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual durante la guerra entre las fuerzas de Oliver Cromwell y los soldados leales al Rey Carlos I.

En el Siglo XVIII, el famoso mujeriego Casanova usaba condones de lino (Grimes, 2000). En 1843, se empezaron a fabricar condones de goma en forma masiva, después de que Charles Goodyear patentara la vulcanización del caucho, que había inventado cinco años antes (Chesler, 1992; Valdiserri, 1988). Todavía es posible conseguir condones hechos de intestino de oveja, pero ahora son descartables, no se deben usar más de una vez.

La Asociación Norteamericana de Higiene Social luchó ferozmente por conseguir que se prohiba el uso del condón a principios de este siglo. Los higienistas sociales creían que cualquiera que se pusiera en riesgo de contraer enfermedades “venéreas” debía atenerse a las consecuencias, incluyendo a los “*doughboys*” norteamericanos — los soldados de la infantería estadounidense que pelearon en la Primera Guerra Mundial. Los Cuerpos Expedicionarios Norteamericanos, que era el nombre de la armada, tenían prohibido el acceso a los condones, con lo cual no es sorprendente que hacia el fin de la guerra hubiera altas tasas de

contagio de infecciones de transmisión sexual en las tropas. Tal como la mayoría de las personas a lo largo de la historia, los jóvenes soldados eran incapaces de “decir simplemente ‘no’” (Brandt, 1985).

En ese momento, la Secretaría de la Marina era sólo uno de los cuerpos militares cuyas autoridades creían que el uso del condón y de otros métodos para prevenir infecciones eran inmorales y “contrarios al espíritu cristiano”. Hubo un joven Secretario *auxiliar* de la Marina, Franklin Delano Roosevelt, que, en la ausencia de su superior, decidió ayudar a los marinos a tratar las infecciones que podían haberse prevenido con el uso del condón. Roosevelt ordenó la distribución de juegos profilácticos que contenían productos químicos para lavar e insertar en el pene como tratamiento para la gonorrea y la sífilis (Brandt, 1985).

Uno de los desafíos que tuvo que enfrentar Margaret Sanger en su lucha por el derecho de la mujer a utilizar métodos anticonceptivos fue el criterio moral que favorecía a los hombres en la sociedad, en cuanto al uso del condón. Los médicos podían “recetar” el uso de condones a los hombres para que se protejan de la sífilis y la gonorrea si tenían relaciones sexuales prenupciales o extramaritales. Sin embargo, los hombres no podían obtener condones para proteger a sus esposas de embarazos no planificados (Brandt, 1985; Valdiserri, 1988).

Hacia el año 1924, el condón era el método anticonceptivo más recetado (Tone, 2001), y durante la Segunda Guerra Mundial, las autoridades militares adoptaron una actitud más realista acerca del uso de condones. En esa época, la preocupación de que “nuestros muchachos” contrajeran enfermedades y luego contagiaran a sus esposas al regresar, hizo que se fomentara activamente el uso del condón. Las películas que usaba el gobierno para la capacitación impartían la siguiente consigna: “No te olvides — antes de hacerlo ponte el condón”.

La revolución sexual de la década de 1960 casi puso fin al uso del condón. Las “chicas buenas” ya no eran blancos difíciles como pareja sexual, con lo cual menos hombres recurrían a la prostitución; las infecciones de transmisión sexual más comunes — la gonorrea y la sífilis — podían ser tratadas fácilmente, y la píldora y el DIU ofrecían un nivel de anticoncepción reversible que no se había alcanzado nunca antes (Valdiserri, 1988).

Cuando se identificó el virus que causaba el SIDA, se hizo evidente que el uso del condón y de otros métodos de sexo seguro podía detener la epidemia.

Muchos profesionales de la salud pública sostienen que los gobiernos locales y estatales y el gobierno federal han ignorado o negado la gravedad del problema y han actuado en gran medida como los higienistas sociales de la generación de la Primera Guerra Mundial (Brandt, 1985).

Hasta el año 2010, se invirtieron alrededor de \$100 millones provenientes de fondos federales en programas educativos orientados exclusivamente a la abstinencia sexual, diseñados para disuadir a los jóvenes solteros de tener relaciones sexuales, sea cual fuere su orientación sexual. No se permitió emplear ningún porcentaje de ese dinero en programas para hablarles a los jóvenes sexualmente activos acerca de la eficacia del condón como método para reducir el riesgo de contagio de infecciones o los embarazos no planificados. Mientras tanto, el 50% de los contagios de VIH se da en personas menores de 25 años, y el 63% de las personas de entre 13 y 19 años que contraen VIH son mujeres (NIAIAD 2001).

El condón femenino y la esponja vaginal

Reality[®] — el condón femenino fabricado por Wisconsin Pharmacal Company — empezó a venderse en las farmacias de Estados Unidos en 1994, pero no fue el primer anticonceptivo vaginal diseñado para hacer de barrera e impedir que el semen produzca un embarazo (Grady, 1998).

A través de la historia, las mujeres han utilizado distintas sustancias para bloquear la entrada al útero y absorber el semen. En Sudáfrica se utilizaban vainas vegetales, en otras partes de África se usaban tapones de hierbas y raíces machacadas, en Japón, China y las Islas del Pacífico Sur empleaban fajas de algas marinas, musgo y bambú, y en la antigua Grecia usaban mitades de cáscaras de granada (London, 1998; Riddle, 1992; Tone, 2001).

Probablemente, las esponjas fueron el método utilizado más comúnmente para bloquear y absorber el semen. La referencia más antigua al uso de las esponjas como método anticonceptivo se encuentra en el Talmud (Bullough & Bullough, 1990). El Talmud recomendaba utilizar una esponja bañada en vinagre — *mokh* — si:

- la mujer era demasiado joven para sobrevivir a un embarazo
- la mujer estaba embarazada — se creía que el semen podía causar un aborto natural
- la mujer estaba amamantando a un hijo — si quedaba embarazada, iba a tener que destetarlo prematuramente (Bullough & Bullough, 1990).

Durante el Siglo XVII, los franceses usaban una esponja bañada en *brandy* para debilitar a los espermatozoides (Keown, 1977). A principios del Siglo XX, Marie Stopes, británica que abogaba por la planificación familiar, les recetó esponjas humedecidas con aceite de oliva a 2,000 de sus pacientes indigentes — no registró ningún embarazo no planificado en las visitas de seguimiento (London, 1998).

En 1983, se introdujo al mercado norteamericano una esponja anticonceptiva y pasó a ser rápidamente uno de los métodos de barrera de venta libre más populares. La esponja Today[®] estaba diseñada para bloquear, más que absorber, el semen. Además, contenía un espermicida que inmovilizaba a los espermatozoides. Su fabricante — Whitehall Robins — abandonó voluntariamente la producción en el año 1995. Una de las razones que alegó fue que cada vez era más costoso cumplir con los rigurosos requisitos de fabricación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos (Leary, 1999). El 22 de abril de 2005, la FDA aprobó el retorno al mercado norteamericano del producto Today Sponge (Allendale Pharmaceuticals, 2005).

Espumas, cremas, jaleas, películas y supositorios anticonceptivos

Hace mucho tiempo, alrededor de 1850 B.C.E., en el antiguo Egipto, existía la costumbre de enterrar a los muertos con recetas de métodos de barrera para evitar embarazos no planificados en la otra vida (Himes, 1963; Riddle, 1992). Los “espermicidas” recomendados eran, por ejemplo, miel, carbonato de sodio y excremento de cocodrilo (Suitters, 1967).

Hacia 1550 B.C.E., para evitar embarazos, las mujeres egipcias usaban tapones hechos con hilos de algodón bañados en jugo fermentado de la planta de acacia (Himes, 1963).

En la primera mitad del Siglo VI, el médico griego Aetios propuso como método anticonceptivo que las mujeres froten su cuello del útero con resina de cedro combinada con mirto, plomo, alumbre o vino. También sugirió que los hombres se cubrieran el pene con alumbre, granada, agalla o vinagre (Himes, 1963).

Aristóteles recomendaba realizarse un baño vaginal con aceite de cedro, ungüento de plomo o incienso mezclados con aceite de oliva (Suitters, 1967). En el Siglo I C.E., Dioscórides aconsejaba usar supositorios vaginales — “pesarios” — de menta o *sicklewort* (hierba de la familia de la menta) mezclada con miel. Su libro, *De Materia Medica*, fue uno de los más importantes recursos para obtener información

sobre métodos anticonceptivos hasta el Siglo XVI (Himes, 1963).

En la India del Siglo I, para evitar embarazos, las mujeres usaban sal de roca bañada en aceite. Durante el Siglo I C.E., las mujeres hindúes usaban miel, *ghee* (manteca clarificada) y semillas de los árboles palasha (Himes, 1963). También usaban excremento de elefante con agua. Las mujeres árabes de los Siglos X y XI endulzaban esta mezcla con miel (London, 1998).

En Londres, de 1885 hasta 1960, se vendían supositorios de manteca de cacao (Chesler, 1992). En la década de 1970, algunas mujeres en Inglaterra se introducían tabletas de vitamina C en la vagina para que hicieran las veces de supositorios anticonceptivos — pero esto a veces provocaba quemaduras graves en el cuello del útero (Wilson, 1973).

Diafragmas y capuchones cervicales

En su autobiografía, Giovanni Giacomo Casanova se acredita la invención de una versión primitiva del diafragma/capuchón cervical (Suitsers, 1967). Lo que hacía era colocar la mitad de un limón parcialmente exprimido en el cuello del útero de sus amantes. Pero Casanova estaba sobreestimando su ingenio. Durante siglos se han usado métodos similares en todo el mundo. En Asia, las trabajadoras sexuales se colocaban discos de papel aceitados en el cuello del útero. Las mujeres de la Isla de Pascua usaban algas terrestres y algas marinas (Himes, 1963).

Se han usado esponjas, papel de seda, cera de abeja, caucho, algodón, pimienta, semillas, plata, raíces de los árboles, sal de roca, frutas, vegetales e incluso bolas de opio para cubrir el cuello del útero con el fin de evitar embarazos no planificados (Himes, 1963; London, 1998; Skuy, 1995).

En 1838, el ginecólogo alemán Friedrich Wilde creó “pesarios” de goma para pacientes particulares con moldes hechos a medida. Los pesarios de Wilde se parecían a los capuchones cervicales actuales. Su método imitaba con materiales modernos la costumbre tradicional alemana de cubrir el cuello del útero con discos de cera de abeja derretida y moldeada para impedir embarazos. Los primeros pesarios de goma fueron fabricados en Connecticut por el inventor Charles Goodyear en la década de 1850 (Himes, 1963). Las farmacias se los vendían a las mujeres casadas, supuestamente para sostener el útero o mantener un medicamento en su lugar (Chesler, 1992).

Hacia 1864, la asociación médica británica hizo una lista de 123 tipos de pesarios que se utilizaban en

todo el imperio (Asbell, 1995). En los Estados Unidos, se usaban en forma habitual unas esponjas envueltas en redes de seda con un cordón atado que también eran publicitadas en diarios y revistas (London, 1998). Pero en la década de 1870, se sancionaron las leyes de Comstock que prohibían la circulación de métodos anticonceptivos e información al respecto en todo el país (Chesler, 1992).

El diafragma tuvo un rol especial en la lucha de Margaret Sanger por rescatar a la nación de las leyes de Comstock. Durante un viaje a Holanda en 1915, se enteró acerca del uso de diafragmas ceñidos que funcionaban a resorte que habían sido creados en Alemania en la década de 1880. En 1916, fue arrestada y enviada a prisión por informar a las mujeres acerca de este método. El mes que pasó en la cárcel sólo sirvió para reforzar su determinación de instruir a las mujeres en el uso del diafragma — incluso les enseñó a usar este método a las mujeres que estaban con ella en prisión (Chesler, 1992).

Sanger tuvo que encontrar un modo de burlar las leyes de Comstock, que prohibían el transporte de dispositivos anticonceptivos o de información a través del correo. La solución que encontró, ingeniosa — y también ilegal — involucraba nuevamente al diafragma (Chesler, 1992).

El segundo marido de Sanger, Noah Slee, era el dueño de una empresa que fabricaba 3-IN-ONE[®] Oil, un lubricante para piezas metálicas. Slee importó diafragmas de elaboración alemana y holandesa a su fábrica en Montreal. Luego empaquetaba los diafragmas en cajas de 3-IN-ONE y las enviaba a Nueva York (Chesler, 1992).

Slee también resolvió la dificultad de Sanger para obtener jalea anticonceptiva para usar junto con el diafragma. Consiguió la fórmula alemana y fabricó la jalea — ilegalmente — en su planta de Rahway, Nueva Jersey. En 1925, aportó el dinero necesario para fundar la Holland-Rantos Company, que fabricó los primeros diafragmas norteamericanos, poniendo fin a la necesidad de contrabandearlos (Chesler, 1992).

En 1932, Sanger conoció a un médico japonés en una conferencia internacional sobre anticonceptivos y le pidió que le enviara un paquete de diafragmas, el cual fue confiscado por los agentes de aduana de Estados Unidos. Sin dejarse intimidar, Sanger decidió poner a prueba las leyes de Comstock que prohibían la distribución de anticonceptivos e información sobre anticonceptivos a través del correo (Chesler, 1992).

Hizo los arreglos para que le mandaran un nuevo paquete de diafragmas por correo desde Japón a la Dra. Hannah Meyer Stone, una médica de la ciudad de Nueva York que apoyaba la lucha de Sanger a favor de los derechos reproductivos. Este paquete también fue interceptado por la aduana (Chesler, 1992).

En 1936, el Juez de Manhattan Augustus Hand, en una sentencia de la Corte Federal de Apelaciones del Segundo Circuito, determinó que se podía entregar el paquete. El fallo del caso *United States contra One Package* — acerca del mencionado paquete “que contenía alrededor de 120 pesarios de goma, artículos anticonceptivos” — marcó un hito en la historia de anticonceptivos en los Estados Unidos. Principalmente, porque debilitó en gran medida la ley federal de Comstock que había prohibido la difusión de información sobre anticonceptivos y el acceso a los mismos desde 1873 (Chesler, 1992).

Para el año 1941, la mayoría de los médicos recomendaban el uso del diafragma como el método anticonceptivo más eficaz (Tone, 2001). Pero con la invención de la píldora y el aumento de la popularidad del DIU, el diafragma y los capuchones cervicales perdieron aceptación en la década de 1960. Los diafragmas siguieron en el mercado pero las empresas de Estados Unidos dejaron de producir capuchones cervicales. Cuando se descubrió que las primeras píldoras anticonceptivas con alto nivel de estrógeno y ciertos DIU podían causar problemas médicos, las mujeres norteamericanas retornaron al uso de métodos de barrera simples que no afectaban sus hormonas o ciclos menstruales (Bullough & Bullough, 1990). Los diafragmas recuperaron en gran parte su popularidad, pero el capuchón cervical había desaparecido de escena (Chalker, 1987). La Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó el uso del capuchón cervical Prentif Cavity-Rim en el país el 23 de mayo de 1988 — casi 60 años después de su ingreso al mercado británico. Los esfuerzos persistentes de los profesionales de la salud asociados a los centros de salud feministas habían logrado que el capuchón regresara a los Estados Unidos (Bullough & Bullough, 1990). En 2002, el capuchón cervical Prentif fue desplazado en el mercado por FemCap® (Cates & Stewart, 2004). En la actualidad, menos de 0.01 por ciento de las mujeres en Estados Unidos utiliza diafragmas o capuchones como anticonceptivos (CDC, 2010).

Métodos hormonales

La píldora

Según el antiguo mito griego, Perséfone, la diosa de la primavera, después de haber sido arrancada de la compañía de su madre, Deméter, diosa de la

agricultura; al ser raptada por el dios de la muerte y arrastrada al mundo subterráneo, se negó a comer nada excepto semillas de granada. Hoy en día, los historiadores médicos saben el porqué de su determinación — la granada fue uno de los primeros anticonceptivos orales. El mito del rapto de Perséfone explica el origen del primer invierno — fue consecuencia de que la diosa retiró su fertilidad mientras se encontraba en el mundo subterráneo. Todos los inviernos sucesivos son un eco de sus padecimientos, la búsqueda de su madre y su negativa a quedar embarazada en contra de su voluntad (Riddle, 1997).

Durante muchos siglos, las mujeres griegas celebraron la reunión definitiva de Deméter con su hija. Los hombres estaban excluidos del festejo, llamado Tesmoforia. Había cuatro plantas que eran esenciales para realizar los rituales secretos que se llevaban a cabo durante este festejo. Estas eran: la granada, el poleo, el pino y el vitex, también conocido como “árbol casto”. Todas estas plantas son hoy reconocidas por sus cualidades anticonceptivas, así como por otros efectos (Hawley and Levick, 1995). (El poleo, por ejemplo, es altamente tóxico, a menos que se ingiera en infusiones muy livianas.) Parece ser que las mujeres se reunían para compartir los secretos de anticoncepción que Perséfone había aprendido de su madre (Riddle, 1997).

En el Siglo VII B.C.E, se generó un enérgico comercio de anticonceptivos en el Norte de África, en la zona conocida hoy en día como Libia. Ese era el único lugar donde crecía el silfio, una planta de floración. El silfio era un anticonceptivo tan confiable que alcanzó un precio exorbitante en los puertos comerciales de todo el mundo antiguo. A pesar de su elevado precio, la demanda de silfio era inagotable. A comienzos del Siglo I C.E., esta planta escaseaba a causa de la excesiva cosecha, y terminó por extinguirse en el siglo IV (Riddle, 1997).

En todo el mundo las mujeres han utilizado hierbas para la planificación familiar. Es difícil de creer que uno de los libros de recetas más completos sobre anticoncepción precoital y poscoital fue escrito por un hombre que llegó a ser Papa. Pedro de España, quien había plasmado sus consejos sobre anticonceptivos y sobre cómo inducir la menstruación en su libro inmensamente popular *Thesaurus Pauperum* (*Tesoro de los pobres*), fue coronado papa Juan XXI en 1276 (Riddle, 1992). Mediante estudios modernos, se ha comprobado que muchas de las recetas de Pedro son realmente eficaces, lo cual es una fuerte razón para creer que las mujeres de la antigüedad tenían más control sobre su reproducción de lo que se creyó por mucho tiempo (Riddle, 1994).

Cientos de generaciones de mujeres en África, Asia y las Américas usaron diversas frutas y plantas para la planificación familiar. Los investigadores a menudo se sorprenden de lo eficaces que son muchos métodos anticonceptivos populares en la protección contra embarazos no planificados. Las mujeres de la India y Sri Lanka, por ejemplo, comen una papaya por día cuando quieren evitar embarazos. Los científicos occidentales no lo creyeron posible, pero en 1993, el equipo de un investigador inglés descubrió con asombro que la papaya contiene una enzima, la papaína, que interactúa con la hormona progesterona e impide el embarazo (Brothers, 1994).

Los conocimientos sobre anticoncepción comenzaron a desaparecer en Europa después del Siglo XIII. Las mujeres que poseían estos conocimientos tenían cada vez más miedo de transmitirlos, porque en esa época, divulgar esta información las ponía en riesgo de ser acusadas de brujas o herejes — el castigo era la tortura y la muerte (Riddle, 1994).

En la época colonial, las mujeres en Norteamérica recibían información sobre anticoncepción de las aborígenes de la vecindad o de sus esclavas afrocaribeñas (Brodie, 1994). Las esclavas afroamericanas adquirieron gran destreza en el uso de la anticoncepción, que era muy importante para ellas como forma de evitar la pena de traer al mundo niños que serían utilizados como mano de obra o serían vendidos para proporcionar ganancias a los traficantes de esclavos (Tone, 2001). Resulta interesante que algunas de sus fórmulas, aún utilizadas en las zonas rurales del Sur, también se pueden encontrar en el libro de recetas de Pedro de España que tiene 750 años de antigüedad (Riddle, 1992).

A comienzos del Siglo XX, la idea de la anticoncepción oral había desaparecido del universo de la medicina convencional. Recién se reintrodujo bien entrada la segunda mitad del siglo. La mujer que hizo esto posible fue Margaret Sanger (Riddle, 1992).

Durante las décadas de 1940 y 1950, Margaret Sanger hizo un estricto seguimiento de las investigaciones sobre anticonceptivos y financió personalmente algunos trabajos de investigación; a su vez, Planned Parenthood Federation of America adoptó como uno de sus objetivos principales brindar apoyo para el desarrollo de nuevas tecnologías anticonceptivas. Sin embargo, el momento decisivo se produjo cuando una notable mujer llamada Katharine Dexter McCormick (1875–1967) ofreció su apoyo financiero para la

investigación destinada a producir un anticonceptivo oral (Chesler, 1992).

McCormick, heredera de la fortuna de International Harvester, fue una de las primeras mujeres que se graduó en el Massachusetts Institute of Technology, una ardiente defensora de los derechos de la mujer y amiga personal de Sanger durante mucho tiempo. En 1950, después de la muerte de su esposo Stanley, McCormick le escribió a Sanger para consultarle cómo podía contribuir con su fortuna para la investigación sobre anticonceptivos (Chesler, 1992).

En 1953, Sanger llevó a McCormick a visitar la Fundación Worcester de Biología Experimental en Massachusetts, donde los investigadores Gregory Pincus y Min Chueh Chang estaban realizando experimentos que Sanger consideraba promisorios — a su instancia, estaban tratando de producir un anticonceptivo oral basado en la progesterona sintética. McCormick primero contribuyó \$10,000 para la investigación. Poco después, comenzó a aportar entre \$150,00 y \$180,000 por año, canalizando una parte de los fondos a través del programa de subvenciones para investigación de Planned Parenthood. En total, McCormick donó \$2,000,000 para la investigación (Chesler, 1992; Grimes, 2000).

McCormick también financió los primeros ensayos clínicos sobre la píldora, realizados por el Dr. John Rock, un eminente ginecólogo católico, con pacientes de su práctica privada. Rock, que llegó a ser considerado como el co-descubridor de la píldora, trabajó con el personal de Planned Parenthood en un libro muy bien fundamentado, *The Time Has Come: A Catholic Doctor's Proposals to End the Battle over Birth Control* (Ha llegado la hora: propuestas de un médico católico para poner fin a la batalla sobre anticonceptivos), en el que sostenía que la iglesia católica debía aceptar los anticonceptivos orales como extensión natural del método del “control del ritmo” (Chesler, 1992).

En 1956, la publicación *Science* anunció el éxito de los ensayos clínicos del Dr. Rock. Cuatro años más tarde, la FDA aprobó la distribución de la píldora anticonceptiva Enovid, fabricada por G.D. Searle and Company, una firma que también patrocinó las investigaciones de Gregory Pincus durante muchos años (Chesler, 1992; Grimes, 2000).

Los esfuerzos de Sanger y McCormick hubieran sido en vano de no ser por las tradiciones folclóricas de los descendientes de los Aztecas. Las investigaciones básicas que condujeron a la píldora resultaron posibles cuando Russell Marker descubrió que varias generaciones de mujeres

mejicanas habían comido una planta silvestre — la raíz del barbasco, también denominada *cabeza de negro* — como anticonceptivo (Chesler, 1992). De estas plantas, Marker pudo extraer la progestina que Gregory Pincus combinó con estrógeno para crear la fórmula de la primera píldora anticonceptiva (Grimes, 2000).

La primera píldora distaba mucho de ser perfecta — pero su efectividad, simpleza y facilidad de uso les dio a millones de mujeres la posibilidad, hasta ahora desconocida, de controlar la reproducción, permitiéndoles por primera vez separar verdaderamente las relaciones sexuales vaginales de la procreación (Bullough & Bullough, 1990). La píldora de Margaret Sanger hizo que el movimiento de liberación sexual de la década de 1960 resultara muchos menos riesgoso que el que se produjo después de la Primera Guerra Mundial. Hace más de 20 años, la FDA declaró "... se han llevado a cabo más estudios sobre la píldora para investigar los efectos colaterales adversos que con ningún otro fármaco en la historia" (Asbell, 1995). Los estudios científicos continúan hasta hoy día. La píldora actual, así como otros métodos recientes de hormonas combinadas — el parche, el anillo y la inyección — ofrecen seguridad y efectividad con dosis de hormonas cada vez menores (Knowles & Ringel, 1998).

DMPA — acetato de medroxiprogesterona de depósito

Tres años después de la aparición de la Píldora, los investigadores estaban buscando formas de ofrecer a las mujeres un método hormonal igualmente efectivo, sin tener que tomar una píldora todos los días (Vecchio, 1993). Aunque se sabía que el DMPA podía suprimir la ovulación, su uso estaba limitado al tratamiento de la endometriosis avanzada y el cáncer de riñón, además de disminuir el deseo sexual en los hombres que cometían delitos sexuales (Money & Lamacz, 1989).

Aunque el DMPA fue presentado ante la FDA para solicitar la aprobación de su uso como anticonceptivo en 1967 y comenzó a distribuirse en todo el mundo en 1971 (Connell, 1993), su uso en Estados Unidos recién se generalizó 25 años después. En 1978, a pesar de las recomendaciones favorables del Panel Asesor de Obstetricia y Ginecología, la FDA volvió a denegar la aprobación del uso de DMPA como anticonceptivo en los Estados Unidos. La FDA cuestionó la necesidad del público de tener acceso al fármaco y manifestó preocupaciones sobre su seguridad, especialmente por los resultados de los estudios preliminares que indicaron un mayor riesgo de cáncer de mama y de cáncer de endometrio. Los datos habían sido

obtenidos en estudios de laboratorios con animales a los que se les había administrado el fármaco (Vecchio, 1993).

Uno de los estudios preliminares en los que se usaron monos Resus, concluyó que existía la posibilidad de incrementar el riesgo de cáncer de endometrio (Connell, 1993; Vecchio, 1993). Finalmente, se desacreditaron los estudios por no ser predecibles del riesgo de cáncer en humanos (Vecchio, 1993).

El estudio que causó el mayor temor sobre el DMPA fue el que determinó una mayor incidencia de cáncer de mama en perros sabuesos a los que se les habían administrado dosis de DMPA — 25 veces mayores que las administradas a humanos. Los resultados de este estudio impidieron que la FDA aprobara el DMPA como anticonceptivo durante casi 25 años (Vecchio, 1993). Sin embargo, se debería señalar que los perros sabuesos no se pueden usar para predecir con exactitud el riesgo de cáncer en humanos porque esta raza de perros son *susceptibles* al cáncer de mama (Connell, 1993). En 1988, el Comité Asesor de la FDA recomendó que se interrumpieran los estudios sobre anticonceptivos en perros sabuesos (Vecchio, 1993).

Un gran estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (WHO) concluyó que el DMPA no representaba un riesgo mayor de cáncer de mama para las mujeres en general. Aunque se encontró un riesgo levemente mayor de cáncer de mama para las mujeres de menos de 35 años, los científicos consideraron la hipótesis de que el aumento en el riesgo podía deberse a que la *detección* del cáncer de mama era más posible en los grupos estudiados que en los grupos que se utilizaron como control (Skegg et al., 1995; Organización Mundial de la Salud, 1991).

Los estudios también determinaron que las mujeres que utilizaban DMPA parecían no tener mayor riesgo de cáncer de cuello del útero, ovario o hígado y que en realidad el anticonceptivo se asocia ahora con un *menor riesgo* de cáncer de endometrio (Connell, 1993).

Más de 30 millones de mujeres en todo el mundo han usado DMPA desde su aparición en 1969. Más de 12 millones usan actualmente el anticonceptivo en más de 90 países, entre los que se incluyen Gran Bretaña, Francia, Alemania, Suecia, Tailandia, Nueva Zelanda e Indonesia. En 1992, la FDA aprobó el DMPA — Depo-Provera[®] — como anticonceptivo inyectable de acción prolongada para su uso en los Estados Unidos (Grimes, 2000).

El implante

Durante la década de 1950, en los inicios de la investigación de los métodos anticonceptivos con hormonas, se introducían gránulos de progesterona debajo de la piel de los conejos para evitar que éstos concibieran (Asbell, 1995). Cuarenta años más tarde, una variación de esos experimentos se aprobó como método anticonceptivo en los EE.UU.: Norplant. Pero al igual que en el caso del DMPA, las mujeres estadounidenses debieron esperar más que sus hermanas de todo el mundo para poder tener acceso a este método tan eficaz (Asbell, 1995).

Norplant, un producto desarrollado por el Consejo de Población y distribuido en los EE.UU. por Wyeth-Ayerst Laboratories, recibió la aprobación de la OMS en 1984, después de casi 20 años de investigación y ensayos clínicos. La OMS fomentaba el uso de Norplant por ser un “método eficaz y reversible de largo plazo para la regulación de la fertilidad; particularmente recomendable para las mujeres que desean un período prolongado de protección anticonceptiva” (Consejo de Población, 1990).

Seis años más tarde, la FDA aprobó el uso de Norplant en los EE.UU. Para entonces, alrededor de medio millón de mujeres ya lo estaban utilizando en 17 países, en los cuales ya se había otorgado su aprobación legal (Grimes, 2000). Hacia julio de 1994, casi un millón de mujeres estadounidenses habían elegido los implantes Norplant como método anticonceptivo (Lewin, 1994).

Tras la rápida difusión del uso de Norplant en los EE.UU. se comprobó que este implante presentaba algunos inconvenientes. Muchas mujeres se quejaban de que no se les había advertido sobre los efectos secundarios que estaban experimentando. Otras aducían que la remoción de las cápsulas era incómoda, requería demasiado tiempo y era motivo de dolores y cicatrices debido al hecho de que sus médicos no estaban lo suficientemente capacitados como para implementar las técnicas de extracción en forma adecuada (Lewin, 1994). Por estas razones, muchas mujeres iniciaron acciones legales y presentaron demandas. Para mediados de 1995, el fabricante ya había recibido más de 200 demandas, incluidas 50 demandas colectivas.

En agosto de 1995, un nuevo análisis de la FDA determinó que no existían fundamentos para cuestionar la seguridad y efectividad de Norplant, siempre y cuando se siguieran las instrucciones de uso del producto (Grimes, 2000). Hacia 1999, más de 14.000 de los 36.000 litigios contra el implante se habían sobrepasado (Grimes, 2000). No obstante, el

fabricante retiró el producto del mercado en 2002 (Johnson, 2002).

En julio de 2006, la FDA aprobó un implante de una varilla, Implanon™, el cual libera una dosis continua del progestágeno etonogestrel y asegura una efectividad de hasta tres años (Organon USA, 2006).

Anticoncepción de emergencia

El uso de anticonceptivos después del coito vaginal es una tradición antigua. Los métodos posteriores al coito más elementales han sido dos, uno mucho menos efectivo que el otro.

El método menos efectivo consiste en eliminar la eyaculación depositada en la vagina antes de que se produzca la fertilización. Esto se ha logrado de diversos modos. La mujer podía usar uno o más dedos para orientar el flujo de la orina y limpiar la vagina (Himes, 1963). Según otro método, la mujer debía levantarse con un movimiento abrupto, estornudar y sonarse la nariz varias veces, luego gritar con fuerza y saltar hacia atrás en forma reiterada (Skuy, 1995). Se decía que las mujeres hebreas de la antigüedad eran capaces de expulsar la eyaculación de sus vaginas con fuertes contracciones de los músculos vaginales. Aún hoy, en algunas regiones de Australia y las islas Trobriand del Pacífico Sur, las mujeres practican este mismo método para la anticoncepción (Himes, 1963).

Un sistema mucho menos exótico para intentar eliminar la eyaculación de la vagina ha sido la ducha vaginal. Un médico de Massachusetts, Charles Knowlton, difundió este método ineficaz en los EE.UU. Publicó una descripción de la ducha vaginal en 1832, en la primera de las 10 ediciones de *The Fruits of Philosophy; or the Private Companion of Young Married People* (Los frutos de la filosofía; o la guía íntima de los matrimonios jóvenes). Knowlton recomendaba el uso de una jeringa llena de una solución compuesta del astringente alumbre e infusiones de corteza de roble blanco o cicuta, té verde u hojas de frambuesa. Él aseguraba que su receta quitaría la mayor parte del semen y “destruiría las propiedades fecundativas de cualquier resto de semen que pudiera quedar” (Bullough & Bullough, 1990; Himes, 1963).

El Dr. Frederick Hollick elogió las virtudes de las duchas vaginales en *The Marriage Guide*, (Guía para matrimonios), de la cual se imprimieron 300 ediciones entre 1850 y 1875. El Dr. Edward Bliss Foote también celebró el método de las duchas vaginales en las 250.000 copias de su *Medical Common Sense* (Sentido común médico), las cuales se vendieron entre 1858 y 1900 (Harkavy, 1991).

A comienzos del siglo XX, los fabricantes de Lysol® y otros desinfectantes y detergentes igualmente abrasivos promocionaron sus productos para su uso como duchas vaginales anticonceptivas para la “higiene femenina”, y recibieron la aceptación de millones de mujeres estadounidenses (Tone, 2001).

Como habían tenido menos embarazos que sus madres y abuelas, muchas mujeres de fin de siglo estaban convencidas de que gracias a las duchas vaginales habían podido limitar la cantidad de hijos que habían dado a luz. En realidad, una de las principales razones por las cuales el número de nacimientos había disminuido era que en esa época había una epidemia silenciosa de infertilidad causada por la enfermedad inflamatoria pélvica (Brandt, 1985).

Puesto que las mujeres “aptas para casarse” debían ser vírgenes, los hombres estadounidenses de fines del siglo XIX solían recurrir a burdeles y “zonas rojas” para saciar su apetito sexual con mujeres “no aptas para casarse”. De esta manera, varios esposos flamantes llevaron, sin saberlo, enfermedades de transmisión sexual a sus novias en la noche de bodas y la tasa de natalidad se desplomó, en especial entre la clase media. También puede ser que todas las duchas vaginales que se practicaban durante este período hicieran a las mujeres mucho más susceptibles a las infecciones que sus maridos traían a sus hogares. A pesar de estos hechos, aún sobreviven los antiguos mitos sobre los beneficios de las duchas vaginales (Brandt, 1985).

El más eficaz de los dos métodos anticonceptivos posteriores al coito consiste en inducir la menstruación antes de que se produzca la fertilización o la implantación. Muchas de las recetas con hierbas para inducir la menstruación formaban parte de las enseñanzas de Hipócrates, “el padre de la medicina”, que vivió en la antigua Atenas de 460 a 377 A.C. Sus recetas provenían de mujeres cuyas tradiciones de medicina ya tenían miles de años.

Siglos más tarde, Pedro de España publicó algunos de estos métodos anticonceptivos mediante la inducción de la menstruación antes que lo nombraran Papa Juan XXI en 1276. A pesar de su toxicidad, las hierbas se siguen utilizando actualmente en todo el mundo como método para inducir la menstruación (Riddle, 1992).

Las pastillas anticonceptivas recién se recetaron como método de emergencia a principios de la década de 1970 por indicación del Dr. Albert Yuzpe, un obstetra/ginecólogo canadiense. La adaptación

de Yuzpe de la pastilla para la anticoncepción después del coito ha sido utilizada por millones de mujeres en todo el mundo para evitar embarazos no deseados (FDA, 1997).

En septiembre de 1998, la FDA aprobó la comercialización del primer anticonceptivo de emergencia específico (EC, por sus siglas en inglés) en los Estados Unidos, el kit anticonceptivo de emergencia Preven®. Ya fuera del mercado, el kit Preven incluía el EC del régimen de Yuzpe, una prueba de embarazo y las instrucciones. El lanzamiento de Preven representaba la primera campaña publicitaria comercial de EC dirigida a mujeres estadounidenses. El 28 de julio de 1999, la FDA aprobó el primer EC de sólo progestina disponible en los Estados Unidos: Plan B®. Las dos marcas que se pueden conseguir actualmente son Plan B One Step® o Next Choice®. El 13 de agosto de 2010 la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) aprobó el acetato de ulipristal como anticoncepción de emergencia. Sólo se lo puede conseguir con receta a partir de diciembre 1, 2010. La marca registrada en Estados Unidos es “ella®”. Al igual que otras píldoras para la anticoncepción de emergencia, ambos métodos de sólo progestina y el acetato de ulipristal funcionan mediante el retraso de la ovulación o la prevención de la fertilización (Croxatto et al., 2003; Fine et al., 2010; Glazier et al., 2010; Grimes, 1999).

El DIU (Dispositivo Intrauterino)

Cuenta la leyenda que los inventores del DIU moderno se inspiraron en los conductores árabes de camellos. Según la historia, éstos introducían piedras pequeñas en el útero de cada camello hembra para prevenir el embarazo en viajes largos en caravana a través del desierto (Bullough & Bullough, 1990). La historia era un cuento fantástico que se narraba para entretener a los delegados en los congresos científicos sobre planificación familiar, pero se la repitió tantas veces que muchos han llegado a creer que es cierta (Thomsen, 1988).

Durante el siglo IX, un físico persa sugirió introducir en el cuello del útero un trozo de papel bien enrollado con forma de sonda, atado con un hilo y embebido en agua de jengibre (Manisoff, 1973). Asimismo, en ciertos rituales, los maoríes de Nueva Zelanda introducían piedras pequeñas en las vaginas de las mujeres para hacerlas “estériles como piedras” (Himes, 1963). De modo similar, Casanova, que se atribuye la invención de casi cualquier cosa que se relacione con el sexo, embebió una pequeña bola de oro en una solución

alcalina y la introdujo en la vagina de su amante (Suitters, 1967).

Los dispositivos diseñados para introducirse en el útero se inventaron en Alemania en 1909. Se fabricaban con tripa de gusano de seda. Daban resultado, pero a menudo provocaban infecciones, las cuales eran un efecto secundario muy grave antes de que la penicilina estuviera disponible en forma masiva a partir de 1945, debido a que estas infecciones invariablemente causaban la muerte. Durante las décadas de 1920 y 1930, los investigadores de anticonceptivos de Alemania, China y Japón crearon dispositivos con forma de anillo hechos de tripa, oro y plata, pero las infecciones seguían siendo un problema grave (Grimes, 2000).

En 1926, un físico alemán, Ernst Grafenberg, diseñó el anillo con forma de G, un DIU anular de amplia difusión y uso satisfactorio (Grimes, 2000). Sus principales innovaciones fueron eliminar el hilo, que introducía bacterias en el útero, y utilizar técnicas antisépticas estrictas para la introducción del dispositivo (Suitters, 1967). (Más tarde en su trayectoria como sexólogo, Grafenberg identificó el punto G, una zona de placer sexual particularmente sensible en la vagina de algunas mujeres (Ladas et al., 1982).)

Jack Lippes, un ginecólogo de Buffalo, Nueva York, inventó el Lippes Loop a principios de los '60. Las mujeres estadounidenses pudieron obtenerlo en 1964, dos años después de que la pastilla revolucionara los esfuerzos de planificación familiar. El Lippes Loop tuvo un éxito inmediato, y aún hoy se lo usa en diversas partes del mundo, excepto en los Estados Unidos (Bullough & Bullough, 1990; Grimes, 2000; Hutchings, 1985).

El DIU cayó en descrédito a fines de los '70 debido a que una versión defectuosa logró ingresar en el mercado y fue adquirida por millones de mujeres, muchas de las cuales desarrollaron lesiones por utilizarlo. El Dalkon Shield® fue un producto de la A. H. Robins Company de Richmond, Virginia. Este DIU con forma de escudo tenía protuberancias a ambos lados diseñadas para evitar la expulsión. Por desgracia, esto también hacía que la inserción y la extracción fueran muy dolorosas (Mintz, 1985). Lo que es peor, el hilo del Shield estaba hecho de un material poroso que introducía bacterias en el útero. Como resultado de esto, hubo muchos casos graves de infección pélvica (Grant, 1992).

Una cantidad inadmisiblemente de mujeres también quedaron embarazadas mientras utilizaban el Shield. Algunas perdían el embarazo, por lo general, entre el tercer y sexto mes de gestación.

Se produjeron infecciones muy graves, y algunas mujeres no diagnosticadas o mal diagnosticadas murieron (Mintz, 1985; Grant, 1992).

Las investigaciones revelaron que se había estudiado muy poco la seguridad del dispositivo, tanto antes de su lanzamiento al mercado como después de que los peligros comenzaran a presentarse. En ese momento, el gobierno federal no contaba con una regulación estricta para estos dispositivos. Si en aquel entonces hubiesen existido las leyes federales que tenemos hoy, la investigación inadecuada de la compañía y los peligros del Shield habrían salido a la luz mucho antes (Bullough & Bullough, 1990; Grant, 1992).

Robins se rindió a la protesta pública y dejó de vender los Dalkon Shields en 1974. En 1980, a pedido de la FDA, les envió cartas a los médicos en las que les recomendaba la extracción de los dispositivos. En 1984, el fabricante lanzó una campaña publicitaria en la que instaba a las mujeres a quitarse el DIU. Muchas mujeres de otros países aún usaban el Shield (Mintz, 1985).

El uso continuo del DIU en los países en vías de desarrollo se convirtió en el objetivo de los activistas que defendían los derechos reproductivos en los EE. UU., pero un grupo de científicos convocados por la Organización Mundial de la Salud determinó que el DIU era seguro y confiable, tanto para países desarrollados como para los subdesarrollados (Rinehart, 1995).

De 1976 a 1988, cuando ParaGard® salió a la venta, sólo el Progestasert® se mantuvo en el mercado en los EE.UU. hasta julio de 2001, momento en el cual también se lo retiró de las estanterías (Grimes, 2004; Hutchings et al., 1985). Muchos entusiastas del DIU cruzaban la frontera con Canadá o viajaban a otros lugares para conseguir el DIU Copper-T o el Tatum-T, que antes habían estado disponibles en los EE.UU. (ACOG, 1987).

La amenaza de litigios y de enormes primas de seguro de responsabilidad también contribuyeron a que muchos proveedores de atención médica comenzaran a ofrecer otras opciones de anticoncepción a sus pacientes. Cuantos menos DIU introducían, menos experiencia tenían en esa área; y menores eran las probabilidades de que les ofrecieran el dispositivo a los pacientes (Grimes, 1992).

Ahora los DIU son más seguros que nunca. Con el tiempo, es probable que las mujeres estadounidenses vuelvan a adoptarlos como método anticonceptivo. Muchos profesionales interesados en la salud pública desearían que más

mujeres consideraran su utilización (Roan, 1993). EL DIU tiene excelentes referencias. Tanto la Organización Mundial de la Salud como la Asociación Médica Norteamericana lo incluyeron entre los métodos reversibles más seguros, eficaces y económicos de control de natalidad disponibles para las mujeres (Knowles & Ringel, 1998).

El DIU más nuevo del mercado en los EE.UU. es el Mirena, aprobado por la FDA en diciembre de 2000. Éste libera una pequeña dosis de progestina levonorgestrel directamente en el útero y reduce el sangrado profuso que a veces se asocia con los DIU de antes. El "sistema" intrauterino Mirena, según su denominación, es eficaz hasta por cinco años (KFF, 2001).

Métodos permanentes

Vasectomía

A lo largo de la mayor parte de la historia, la esterilización de los hombres fue casi siempre involuntaria. Se la realizaba en forma violenta mediante la castración: la extirpación de los testículos, y a menudo también del pene. Durante miles de años, el linaje de los patriarcas de todo el mundo se salvaguardaba mediante el uso de hombres castrados que protegían y servían a las mujeres destinadas a engendrar nobles, reyes y emperadores (Anderson, 1990). Estos "eunucos" protegieron los harenes en el Cercano y Lejano Oriente, cantaron como sopranos en teatros de ópera y coros de iglesia en Europa y administraron la burocracia imperial de China por casi 5.000 años, hasta el siglo XX (Anderson, 1990; Tannahill, 1992). (El último eunuco que cantó en el coro del Vaticano murió en 1924) (Ranke-Heinemann, 1990).

A la esterilización se la siguió asociando con la castración hasta la época moderna. A fines del 1800, se esterilizaba a los hombres como una forma desesperada de mejorar su salud, hacerlos sentir más jóvenes, revertir la impotencia y curar infecciones. La primer vasectomía se realizó en 1894, en Gran Bretaña, para mitigar la hinchazón y el endurecimiento de la próstata de un paciente (Bullough, 1994). A principios del siglo XX, muchos hombres fueron esterilizados en contra de su voluntad para prevenir la transmisión de enfermedades hereditarias (Bullough & Bullough, 1990).

En 1916, el cirujano vienés Eugen Steinach comenzó a realizar vasectomías para miles de hombres, posiblemente incluido su vecino Sigmund Freud, como una forma de restringir la producción de las hormonas que causan el envejecimiento. Steinach abandonó estas operaciones en la década de 1940, cuando se refutó su teoría (Bullough, 1994; Gay, 1988).

A principios del siglo XX, la vasectomía como método anticonceptivo era, por lo general, punitiva o eugenésica. Los prisioneros, los enfermos mentales, los retardados y los que padecían enfermedades hereditarias fueron esterilizados durante la primera mitad del siglo, aparentemente para evitar que cometieran delitos sexuales o para prevenir la transmisión genética de enfermedades y afecciones, las cuales, según la creencia de la época, incluían prácticamente todo, desde la epilepsia hasta la pobreza (Bullough & Bullough, 1990). Se solían emplear incentivos monetarios para tentar a hombres pobres recalcitrantes a que se ofrecieran voluntariamente (Chesler, 1992).

El uso de la vasectomía como método anticonceptivo *voluntario* es un concepto relativamente nuevo. Se le negaba a cualquier hombre que la requiriera, a menos que fuera mayor de 35 y tuviera al menos tres hijos. Hacia 1960, sólo se habían realizado vasectomías voluntarias en 45,000 estadounidenses.

Cada vez más hombres se ofrecieron voluntariamente para la vasectomía a medida que el movimiento feminista de los '60 y '70 logró una mayor apreciación de la igualdad de los sexos por parte de los hombres y los efectos secundarios de los primeros anticonceptivos orales se hicieron más evidentes. También se optaba por la vasectomía debido a que la esterilización era más simple y económica para los hombres que para las mujeres. Ya a principios de la década de 1970, tres cuartos de millón de estadounidenses por año se sometían a vasectomías (Goldstein & Feinberg, 1982).

La popularidad cada vez mayor de la vasectomía sirvió de inspiración a uno de los esfuerzos comerciales más dudosos de los acelerados años 70: el distintivo de solapa como señal de vasectomía. Un hombre podía llevar un pequeño prendedor enchapado en oro en la solapa para indicarles a sus parejas potenciales en clubes para solteros que él era un hombre "seguro". El distintivo tenía la forma del símbolo biológico masculino y tenía un pequeño corte que interrumpía el círculo (Thomas, 1988). El problema era que cualquier hombre podía comprar uno y usarlo, ya sea que se hubiera sometido a una vasectomía o no. Y tantos fueron los hombres inescrupulosos con insignias de vasectomía que el mercado de las mismas se derrumbó (Knowles, 2001).

El fracaso del prendedor de solapa influyó muy poco en el deseo de los hombres estadounidenses de asumir la responsabilidad anticonceptiva. En la actualidad, más de cuatro millones de estadounidenses por año optan por la vasectomía

(AGI, 1992). Pero el movimiento contra la planificación familiar se opone fervientemente a la vasectomía voluntaria. En 1985, por ejemplo, Tek Kor, un distribuidor de carne tailandés de 41 años y padre de 22 hijos decidió someterse a una vasectomía porque su situación económica no le permitía tener más hijos. También afirmó que la vasectomía era más económica y segura que cubrir el costo de los anticonceptivos de sus siete esposas.

También conocido con el nombre de Nakthon Pathom Casanova, Tek Kor divulgó sus planes para impulsar los esfuerzos del principal activista a favor de la planificación familiar en Tailandia, Meechai Viravaidya (quien recibió el premio Margaret Sanger de la PPFa en 1985). El Club de la Vida, una agrupación internacional en contra de la planificación familiar con sede en los EE.UU., inmediatamente dirigió sus acciones hacia Kor. En última instancia, lo convencieron de que no se sometiera a la vasectomía y tuviera más hijos (Branigin, 1985).

Esterilización femenina

La primera ligadura de trompas de los EE.UU. se realizó en Toledo, Ohio, en 1880. El médico la llevó a cabo durante una cesárea para evitarle a su paciente futuros embarazos de alto riesgo (Moss, 1991).

A principios del siglo XX, los médicos rara vez brindaban asistencia alguna a las mujeres en cuanto a la necesidad de anticonceptivos; al menos no abiertamente. Se esperaba que las mujeres tuvieran tantos hijos como les fuera posible, aun cuando sus vidas corrieran peligro. Era bastante común que los líderes de diversos grupos étnicos y religiosos les imploraran a sus seguidores que se reprodujeran para superar en número a los que no eran como, ellos. En 1907, el presidente Theodore Roosevelt resumió el sentimiento de la época al decir que una mujer blanca protestante que evitaba el embarazo era “responsable de un crimen en contra de la raza” (Harkavy, 1991; Skidmore, 1998).

Pese a la oposición de los puristas raciales de todos los colores y los líderes religiosos de todos los credos, la anticoncepción logró una aceptación cada vez mayor a medida que avanzaba el siglo XX (Grimes, 1998). Pero de todos los métodos disponibles, la ligadura de trompas, ahora el método más difundido en los EE.UU., fue el último en obtener la aceptación de la sociedad (AGI, 1998a).

Una de las razones del desprestigio de la esterilización se debe a su uso indebido con fines eugenésicos. En las primeras siete décadas del

siglo XX, 70,000 mujeres y hombres, aunque en su mayoría mujeres, fueron esterilizados en los Estados Unidos contra su voluntad o sin su conocimiento. Fueron esterilizados por ser alcohólicos, negros, ciegos, criminales, sordos, epilépticos, deficientes mentales, de raza mixta, indígenas americanos, pobres, o pertenecientes a familias consideradas ineptas. La campaña eugenésica a nivel nacional de esterilización forzada de los considerados “ineptos” fue confirmada por la decisión de la Corte Suprema de Justicia de los Estados Unidos, *Buck v Bell*, en 1927. Hablando en representación de la mayoría, el presidente de la Corte Suprema de Justicia, Oliver Wendel Holmes declaró:

Es mejor para todo el mundo si en vez de esperar para ejecutar por un crimen a los descendientes degenerados o dejarlos morir de hambre por su imbecilidad, la sociedad debería prevenir que esto ocurra evitando que los que son decididamente ineptos sigan procreando. El principio que respalda la vacunación obligatoria es lo suficientemente amplio como para incluir el corte de las Trompas de Falopio.

Tres generaciones de imbéciles es suficiente (Black, 2003).

Por otro lado, a menudo se negaba la esterilización a mujeres blancas de la clase media. Aún en la década de 1960, los médicos se basaban en “la regla del 120” antes de acceder a un pedido de esterilización voluntaria de una mujer. Según esta regla, una mujer podía someterse a una ligadura de trompas únicamente si el producto de la multiplicación de su edad por la cantidad de hijos que tenía daba 120 o más. Si tenía 20 años, debía tener seis o más hijos para que se le concediera la esterilización. Si tenía 30, debía haber engendrado al menos cuatro. Si tenía 40, al menos tres, y así sucesivamente. Cualquier mujer que no quisiera tener más de dos hijos debía esperar hasta cumplir 60 años para que un médico pudiera ayudarla. ¡Para una mujer con un solo hijo, ese tan ansiado día había de llegar en su cumpleaños número 120! (Moss, 1991).

Los acontecimientos a principios de los años 70 y 80 se combinaron para hacer de la esterilización femenina un método más atractivo, accesible y aceptable. La revolución sexual de los '60 y '70 había creado el marco para un cambio radical en las actitudes culturales hacia el sexo y la anticoncepción. A las mujeres se les invitaba a disfrutar de su sexualidad. La llegada de la píldora y el DIU hicieron posible que las mujeres exploraran

sus vidas eróticas con una seguridad en sí mismas totalmente inimaginable hace apenas una generación. Los avances tecnológicos en los procedimientos quirúrgicos también les permitían a las mujeres optar por la ligadura de trompas.

Hasta mediados de los años 70, la esterilización femenina comprendía, por lo general, una cirugía abdominal mayor. Requería anestesia general, una internación prolongada en el hospital y una larga y dolorosa recuperación. La tecnología de fibra óptica, que se inventó a principios de los '70, hizo posible que la cirugía se realizara con anestesia local mediante la introducción de un laparoscopio a través de una incisión diminuta. Se eliminaron los riesgos relacionados con la anestesia general y se redujeron notablemente el dolor y el tiempo de

recuperación de la ligadura de trompas (Moss, 1991).

Para cuando se realizó la primera mini-laparotomía en 1975, muchas mujeres estaban buscando métodos alternativos a la píldora (Brody, 1978; Khan, 1982). Los temores a los efectos secundarios de las pastillas, que en ese entonces tenían un gran porcentaje de hormonas, y a los DIU de la década de 1970 hicieron que cada vez más mujeres se inclinaran por la esterilización, en especial si ya no querían tener más hijos (McLaren, 1990). Durante la década de 1990, la ligadura de trompas se convirtió en el método anticonceptivo más difundido de los EE.UU. (AGI, 1998).

Referencias Citadas

- Abbott, Elizabeth. (2000). *A History of Celibacy*. New York: Scribner.
- ACOG — The American College of Obstetricians and Gynecologists. (1987, May). "The Intrauterine Device." *ACOG Technical Bulletin, No. 104*. Washington, D.C: American College of Obstetricians and Gynecologists.
- AGI — Alan Guttmacher Institute. (1992). *NORPLANT: Opportunities and Perils for Low-Income Women*. New York: Alan Guttmacher Institute.
- _____. (1998). *Facts in Brief: Contraceptive Use*. New York: Alan Guttmacher Institute.
- _____. (1998a). "Trends in Contraceptive Use in the United States." *Family Planning Perspectives*, 30(1).
- AHC — American Health Consultants. (2001). "U.S. Women Are Waiting For Contraceptive Sponge." *Contraceptive Technology Update*, 21(1), 6–7.
- Allendale Pharmaceuticals, Inc. (2005, April 22). *FDA Approves the Return of the Today® Sponge*. Allendale, NJ: Allendale Pharmaceuticals, Inc.
- Anderson, Mary M. (1990). *Hidden Power: The Palace Eunuchs of Imperial China*. Buffalo, NY: Prometheus Books.
- Aries, Philippe. (1962). *Centuries of Childhood: A Social History of Family*. New York: Vintage Books. Cited in Francoeur, Robert T. (1991). *Becoming a Sexual Person*, 2nd ed. New York: McMillan.
- Asbell, Bernard. (1995). *The Pill*. New York: Random House.
- Black, Edwin. (2003). *War Against the Weak — Eugenics and America's Campaign to Create a Master Race*. New York: Four Walls Eight Windows.
- Blundell, Susan. (1995) *Women in Ancient Greece*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brandt, Allan M. (1985). *No Magic Bullet: A Social History of Venereal Disease in the United States Since 1880*. New York: Oxford University Press.
- Branigin, William. (1985, July 4). "Prolific Thai Father Spurns Vasectomy Fest; PR Stunt Flops; Man Wants 23rd Child." *The Washington Post*, A19.
- Brothers, Caroline. (1994, February 17). "Papayas work as Powerful Contraceptives — A Study." *Newstab (Reuter)*.
- Brodie, Janet Farrell. (1994). *Contraception and Abortion in Nineteenth-Century America*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Brody, Jane E. (1978, November 8). "Personal Health." *The New York Times*, 9.
- Bullough, Vern L. & Bonnie Bullough. (1987). *Women and Prostitution — A Social History*. Buffalo, NY: Prometheus Press.
- _____. (1990). *Contraception: A Guide to Birth Control Methods*. Buffalo, NY: Prometheus Books.
- Bullough, Vern. (1994). *Science in the Bedroom: A History of Sex Research*. New York: Harper Collins.
- Burton, Sir Richard & F.F. Arbuthnot (trans.), Charles Fowkes (Ed). (1991). *The Illustrated Kama Sutra, Ananga-Ranga, Perfumed Garden- The Classic Eastern Love Text*. Rochester, VT: Park Street Press.
- Cates Jr., Willard & Felicia Stewart. (2004). "Vaginal Barriers: The Female Condom, Diaphragm, Contraceptive Sponge, Cervical Cap, Lea's Shield and FemCap." Pp. 365–89 in Robert A. Hatcher, et al., eds., *Contraceptive Technology*, 18th ed. New York: Ardent Media, Inc.
- CDC — U.S. Centers for Disease Control and Prevention. (2010). *Use of Contraception in the United States: 1982–2008. Vital and Health Statistics, Series 23, Number 29*, Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Chalker, Rebecca. (1987). *The Complete Cervical Cap Guide*. New York: Harper and Row.
- Chartier, Roger, et al., (eds). (1989). *A History of Private Life III: Passions of the Renaissance*. Cambridge, MA: Harvard/Belknap University Press.
- Chesler, Ellen. (1992). *Woman of Valor: Margaret Sanger and the Birth Control Movement in America*. New York: Simon and Schuster.
- Connell, Elizabeth B. (1993). "DMPA: A Saga of Drug Approval in the United States." *The Female Patient*, 18(9), 56–7 & 60–2.
- Coontz, Stephanie. (1992). *The Way We Never Were*. New York: Harper Collins.
- Cordes, Helen., et al. (1988). "Remember Sex? Are You Too Tired, Too Bored, Too Mad, Too Scared To Enjoy Sex These Days?" *Utne Reader*, 29(September/October), 48-77.
- Croxatto, Horatio B., et al. (2003). "Mechanisms of Action of Emergency Contraception." *Steroids*, 68, 1095–8.
- Daniélou, Alain (trans.). (1994). *The Complete Kama Sutra*. Rochester, VT: Park Street Press.
- D'Emilio, John & Estelle Freedman. (1988). *Intimate Matters: A History of Sexuality in America*. New York: Harper and Row.
- FDA — U.S. Food and Drug Administration. (1997). "Prescription Drug Products; Certain Combined Oral Contraceptives for Use as Postcoital Emergency Contraception." *Federal Register*, 62(37), 8609–12.
- Fine, Paul T., et al. (2010). "Ulipristal Acetate Taken 48-120 Hours after Intercourse for Emergency Contraception." *Obstetrics and Gynecology*, 115 (2), 1-7. .
- Fisher, Helen E. (1992). *Anatomy of Love: The Natural History of Monogamy, Adultery, and Divorce*. New York: W.W. Norton and Company.

- Gay, Peter. (1988). *Freud — A Life for Our Time*. New York: W.W. Norton & Company.
- Glasier, Anne F., et al. (2010). "Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomized non-inferiority trial and meta-analysis." *The Lancet*, 365, 555-562.
- Goldstein, Mark & Michael Feldberg. (1982). *The Vasectomy Book: A Complete Guide to Decision Making*. Los Angeles: Houghton Mifflin Company.
- Golub, Sharon. (1992). *Periods: From Menarche to Menopause*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Grady, Denise. (1998, November 17). "Female Condoms: A Market Wallflower." *The New York Times*, 9.
- Grant, Nicole J. (1992). *The Selling of Contraception: The Dalkon Shield Case, Sexuality, and Women's Autonomy*. Columbus, OH: Ohio State University Press.
- Grimes, David A, ed. (1992). "Highlights from an International Symposium on IUDs." *The Contraception Report*, 3(3), 4.
- _____. (1998) "Trends in Contraception Use Among U.S. Women." *The Contraception Report*, 9(2), 5–12.
- _____. (1999). "Progestin-Only Emergency Contraception: FDA Approval." *The Contraception Report*, 10(5), 8-10.
- _____. (2000). "History and Future of Contraception: Developments over Time." *The Contraception Report*, 10(6), 15–25.
- _____. (2004). "Intrauterine Devices (IUDs)." Pp. 495–530 in Robert A. Hatcher, et al., eds., *Contraceptive Technology*, 18th ed. New York: Ardent Media, Inc.
- Griswold v. Connecticut, 381 U.S. 479 (1965).
- Harkavy, Michael, ed. (1991). *American Spectrum Encyclopedia*. New York: American Booksellers Association.
- Hawley, Richard & Barbara Levick, eds. (1995). *Women in Antiquity: New Assessments*. London, UK: Routledge.
- Hill, Craig A. (1997). "The Distinctiveness of Sexual Motives in Relation to Sexual Desire and Desirable Partner Attributes." *The Journal of Sex Research*, 34(2), 139–53.
- Himes, Norman E. (1963). *Medical History of Contraception*. New York: Gamut Press, Inc.
- Hrdy, Sarah Blaffer. (1999, October 1). "Body Fat and Birth Control." *Natural History*, 88.
- Hutchings, Jane E., et al. (1985). "The IUD After 20 Years: A Review." *Family Planning Perspectives*, 17(6), 244–7 & 250–5.
- Jensen, Karen. (1982). *Reproduction: The Cycle Of Life*. Washington, D.C: US News Books.
- Johnson, Linda A. (2002, July 26). "Wyeth Decides Not to Resume Norplant Sales; Says Lots in Question Are Effective." *Associated Press Newswires*.
- Keown, Kenneth K. (1977). "Historical Perspectives on Intrauterine Contraceptive Sponges." *Contraception*, 16(1), 1–10.
- KFF — Kaiser Family Foundations. (2001, June 14, accessed 2006, October 17). "Daily Women's Health Policy Special Report: Can the IUD Make a Comeback?" [Online]. http://www.kaisernetwork.org/Daily_reports/rep_index.cfm?D_R_ID=5188
- Khan, Atiqur Rahman. (1982). "Female Sterilization: A Comparison of Minilaparotomy and Culdoscopy." *Singapore Journal of Obstetrics and Gynecology*, 19(1), 31-7.
- Kinsey, Alfred C., et al. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Knowles, Jon & Marcia Ringel. (1998). *All About Birth Control*. New York: Three Rivers Press.
- Knowles, Jon. (2001). "Vasectomy Lapel Pins." *personal remembrance*.
- _____. (2010). *Tracking Your Fertility Pattern to Prevent Pregnancy*. New York: Planned Parenthood Federation of America.
- Ladas, Alice Kahn, et al. (1982). *The G Spot and Other Recent Discoveries About Human Sexuality*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Leary, Warren E. (1999, March 30). "A Contraceptive Returns to the Market." *The New York Times*, 7.
- Lewin, Tamar. (1994, July 8). "'Dream' Contraceptive's Nightmare." *The New York Times*, 10.
- Lieberman, Janet J. (1973). "A Short History Of Birth Control." *The American Biology Teacher*, 35(6), 315-9.
- London, Kathleen of the Yale–New Haven Teacher's Institute. (1998, accessed 1998, October 13). "The History of Birth Control." [Online]. <http://130.132.143.21/ynhti/curriculum/units/1982/6/82.06.03.x.html>.
- Maines, Rachel P. (1999). *The Technology of Orgasm: "Hysteria," The Vibrator and Women's Sexual Satisfaction*. Baltimore, MD: The John Hopkins University Press.
- Manisoff, Miriam. (1973). "Intrauterine Devices." *American Journal of Nursing*, 73(7), 188.
- McLaren, Angus. (1990). *A History of Contraception: From Antiquity to the Present Day*. Oxford, UK: Blackwell Publishers.
- Mintz, Morton. (1985). *At Any Cost: Corporate Greed, Women, and the Dalkon Shield*. New York: Pantheon Books.
- Money, John & Margaret Lamacz. (1989). *Vandalized Lovemaps: Paraphilic Outcome of Seven Cases in Pediatric Sexology*. Buffalo, NY: Prometheus Books.
- Moss, William M. & Association for Voluntary Surgical Sterilization. (1991). *Contraceptive Surgery for Men and Women*, 2nd ed. Durant, OK: Essential Medical Information Systems, Inc.
- NIAID — The National Institute of Allergy and Infectious Diseases. (2001, accessed 2001, January 25). *HIV/ AIDS Statistics*. [Online]. <http://www.niaid.nih.gov/factsheets/aidsstat.htm>.
- "Norplant Devices for Birth Control Safe, F.D.A. Says." (1995, August 20). *The New York Times*, 29.
- Organon USA, Inc. (2006, July 18). *Press Release: FDA Approves IMPLANON™ (etonogestrel implant) 68mg, The First and Only Single-Rod Implantable Contraceptive*. Roseland, NJ: Organon USA, Inc.
- Parisot, Jeannette. (1985). *Johnny Come Lately: A Short History of the Condom*. London, UK: The Journeyman Press Ltd.
- _____. (1987). *Johnny Come Lately: A Short History of the Condom*. Translated and enlarged by Bill McCann. London, UK: Journeyman Press Ltd.
- Pomeroy, Sarah B. (1975). *Goddesses, Whores, Wives, and Slaves: Women in Classical Antiquity*. New York: Schocken Books.
- Population Council. (1990). *Norplant® Levonorgestrel Implants: A Summary of Scientific Data*. New York: Population Council.
- Ranke-Heinemann, Uta. (1990). *Eunuchs for the Kingdom of Heaven*. New York: Doubleday.
- Riddle, John M. (1992). *Contraception and Abortion: From the Ancient World to the Renaissance*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- _____. (1994). "Ever Since Eve...Birth Control in the Ancient World." *Archaeology*, 47(2), 29-35.
- _____. (1997). *Eve's Herbs: A History of Contraception and Abortion in the West*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Rinehart, Ward, ed. (1995, December). "IUDs — An Update." *Population Reports*, (series B number 6).
- Roan, Shari. (1993, July 13). "The Quiet Rebirth of the IUD." *The Los Angeles Times*.
- Sanfilippo, Joseph S. & S. Paige Hertweck. (1998). "Physiology of Menstruation and Menstrual Disorders." Pp. 990–1017 in Stanford B. Friedman, et al., eds., *Comprehensive Adolescent Health Care*, 2nd ed. St. Louis, MO: Quality Medical Publishing, Inc.
- Sherfey, Mary Jane. (1966). *The Nature and Evolution of Female Sexuality*. New York: Random House.
- Shivanandan, Mary. (1979). *Natural Sex*. New York: Rawson, Wade Publishers, Inc.
- Skegg, David C.G., et al. (1995). "Depot Medroxyprogesterone Acetate and Breast Cancer: A Pooled Analysis of the World

- Health Organization and New Zealand Studies." *JAMA*, 273(10), 799–804.
- Skidmore, Max J. (1998). "Theodore Roosevelt on Race and Gender." *Journal of American Culture*, 21(2), 35.
- Skuy, Percy. (1995). *Tales of Contraception*. Toronto, Canada: Janssen-Ortho Inc.
- Suitters, Beryl. (1967). *The History of Contraceptives*. London, UK: The Fanfare Press, Ltd.
- Tannahill, Raey. (1992). *Sex in History*. London, UK: Scarborough House Publishers.
- The American People Flier* — Fortune Magazine 1936, Ladies Home Journal 1938, American Institute of Public Opinion 1940, Fortune Magazine 1943.
- Thomas, Patricia. (1988, March 14). "Contraceptives." *Medical World News*, 29(5), 48.
- Thomsen, Russell J. (1988). "Camels and the IUD: It Was A Good Story." *Contemporary OB/GYN*, 31(3), 152–61.
- Tone, Andrea. (2001). *Devices and Desires — A History of Contraceptives in America*. New York: Hill and Wang.
- United States v. One Package*, 86 F.2d 737 (1936).
- Valdiserri, Ron O. (1988). "Cum Hastis Sic Clypeatis: The Turbulent History of the Condom." *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 54(3), 237–45.
- Van Gulik, R.H. (1974). *Sexual Life in Ancient China: A Preliminary Survey of Chinese Sex and Society from ca. 1500 till 1644 A.D.* Leiden, Netherlands: E.J. Brill.
- Vecchio, Thomas J. (1993). *Birth Control by Injection: The Story of Depo-Provera*. New York: Vintage Press.
- WHO — World Health Organization Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. (1991). "Breast Cancer and Depot-Medroxyprogesterone Acetate: A Multinational Study." *The Lancet*, 338(8771), 833–8.
- Wilcox, Allen J. (1995). "Timing of Sexual Intercourse in Relation to Ovulation." *New England Journal of Medicine*, 333(23), 1517–21.
- Wills, Garry. (2000). *Papal Sin — Structures of Deceit*. New York: Doubleday.
- Wilson, C.W.M. (1973, October 13). "Vitamin C and Fertility." *The Lancet*, 859–60.
- Yalom, Marilyn. (1998). *A History of the Breast*. New York: Ballantine Books.

Autor principal — Jon Knowles

Traducción — Susana Petit y Judith Cohen

© 2012 Planned Parenthood Federation of America. Todos los derechos reservados. Planned Parenthood®, PPFA® y su logo de "las P superpuestas" son marcas registradas de PPFA.

Contacto con los medios de comunicación — 1-212-261-4433