

CONGRESO INTERNACIONAL DE IDEOLOGÍA DE GÉNERO

“IDEOLOGÍA DE GÉNERO Y ANTICONCEPCIÓN”

Eva Corujo Martín. Lda. en Farmacia

El tema de esta comunicación surgió a raíz de la búsqueda de la relación entre la mentalidad anticonceptiva que existe hoy en día en la sociedad y la Ideología de género que se ha ido desarrollando en los últimos años. Y cómo al mismo tiempo que se ha dado una modificación ideológica, ha tenido lugar un avance científico en el ámbito de la concepción.

Respecto a la mentalidad anticonceptiva, ésta es el resultado de la combinación y sedimentación histórica de diferentes factores sociopolíticos y culturales que hicieron que poco a poco se perdiera la concepción de que la sexualidad lleva consigo un valor trascendental y misterioso: la procreación.

Las feministas radicales surgieron en la Revolución sexual de los años 50 en América, se basaban en las teorías marxistas sobre la lucha de clases, éstas reclamaban una independencia del hombre, considerando a éste como la clase opresora. Promovieron la limitación de la familia, la anticoncepción, el aborto y la esterilización. Se comenzó a hablar de una liberación sexual como algo necesario y fue con la llegada de la “píldora” en los 60 cuando se produjo una ruptura definitiva entre sexualidad y procreación.

La base del feminismo radical y el corazón de la Agenda de Género es la eliminación de la distinción de sexos y el control de la reproducción. Para acabar con las clases de sexo la clave era el “control de reproducción”. La liberación de la mujer requería el control femenino absoluto del embarazo y del nacimiento, incluyendo el acceso ilimitado a la anticoncepción y al aborto: *“el control reproductivo era prerrequisito para cualquier cosa que se parezca a igualdad”*. Esto provocó una liberación sexual total y una liberación de las supuestas restricciones del matrimonio y de la familia.

Aunque ya años antes existían estudios sobre los ciclos hormonales femeninos, no fue hasta 1960 cuando se autorizó la comercialización de la píldora anticonceptiva. Por ejemplo en 1896 Knaver descubrió el control hormonal del ciclo reproductor. Y en 1926 Loewe y Lange descubrieron la presencia de hormonas femeninas en sangre de hembras, con concentraciones diferentes según el ciclo menstrual. Así continuó la investigación del ciclo hormonal femenino, llegando a conocerse el papel que tenía el hipotálamo y la hipófisis en el control de éste, el papel de los ovarios, y las diferentes hormonas sexuales. En los años 30 y 40 se demostró la eficacia de la *progesterona* para inhibir la fecundación.

A partir de los años 60 comienzan a aparecer en el mercado las píldoras contraceptivas. La píldora anticonceptiva fue el invento técnico que de manera más radical cambió la vida de las personas. Es en estos años cuando definitivamente se aceptan y se entienden los anticonceptivos, apareciendo como una necesidad.

1959: la FDA (*Food and Drug Administration*) aprobó la combinación de noretinodrel y mestranol tras varios estudios clínicos realizados por Pircus, García y Rock en Puerto Rico y en Haití, como el primer anticonceptivo hormonal, conocido como Evoid. (En España no fue hasta 1964, con el nombre de *Anovial 21*)

Gracias a la presión social del momento en temas de anticoncepción, acompañada de decisiones judiciales y cambio en la política gubernamental, en los años 60 fue disminuyendo la gran controversia a causa de la anticoncepción.

Se desarrolla también en estos años la tecnología de implante anticonceptivo, y la historia de la concepción de emergencia, en Yale con Morris y Van Wagenen, que administraron altas dosis de estrógenos a monos.

En los años 70 predominó la pauta *Yuzpe*, en Canadá, como anticonceptivo de emergencia. Consiste en la administración de cuatro pastillas de 50 mcgr de *etinilestradiol* más 0,5 mg de *norgestrel*, dos pastillas antes de las

48 horas, máximo hasta 72 después del coito. Y dos pastillas doce horas más tarde.

También se propuso la inserción de los DIUs (dispositivo intrauterino) y de los métodos postcoitales: la *mifepristona* (RU-486) que utilizada durante las primeras semanas del embarazo, provoca el aborto al competir en el endometrio con la progesterona que lo sostiene. Son propiamente abortivos, y son presentados como necesarios debido a su gran eficacia en relación a la prevención del desarrollo de embarazos.

Aunque ya por los años 80 las píldoras contraceptivas eran ampliamente empleadas en EEUU, no tenían ninguna especialidad aprobada para ese uso. Fue en el año 1997 cuando la Agencia del Gobierno Norteamericano para el control de alimentos y medicinas (FDA), dio apoyo final formal al uso de la “píldora del día siguiente”. Afirmando que ciertos combinados de contraceptivos orales que contenían *etinilestradiol* y *norgestrel* o *levonorgestrel* eran seguros y efectivos como contracepción postcoital de emergencia. Prepararon un régimen de administración que según el Comité consultivo de la FDA era considerado seguro y eficaz. Al parecer, no constaron de los pertinentes resultados de los ensayos experimentales proporcionados por la clase farmacéutica.

Las dosis establecidas fueron prescritas por servicios de urgencia de los hospitales, clínicas de salud reproductiva y centros de salud de las universidades.

En febrero de 1996, *The Reproductive Thecnologies Proyect* creó una nueva infraestructura para informar a las mujeres a cerca de este método de intercepción y los proveedores existentes en el área de su residencia.

Dado que estos anticonceptivos hormonales cíclicos eran de fácil acceso en farmacias y centros sanitarios, fueron muy utilizados por la población joven.

Continúan en estudio los anticonceptivos hormonales orales, tratando de desarrollarse nuevos compuestos o utensilios que puedan superar a los

anteriores para tener propiedades más acordes con los objetivos perseguidos y disminuir los efectos secundarios de los anteriores.

Es evidente una tendencia mundial a la amplia difusión de estos métodos a través de campañas institucionales dirigidas a informar de su existencia a las posibles usuarias. En este sentido durante los últimos años la OMS, a través de su programa de *Investigación, Desarrollo y Entrenamiento de Investigadores en Reproducción Humana* (sostenido económicamente por el Banco Mundial), en 1996 el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, y la Oficina de Investigaciones en Población de la Universidad de Princeton, a través de la llamada a un teléfono sin cargo o por la consulta a su página de internet, han insistido en la necesidad de que estos métodos sean bien conocidos por las posibles usuarias (particularmente mujeres jóvenes y adolescentes sexualmente activas y no usuarias regulares de métodos anticonceptivos convencionales o en riesgo de que estos fallen), para ser ampliamente usados.

En informes bianuales de los Programas de Investigadores en Reproducción humana de la OMS se hace referencia a los métodos contraceptivos postcoitales. Las investigaciones sobre este método comenzaron en el Programa a partir de 1983 con la llamada “píldora de las vacaciones” un *progestágeno* que era administrado después de un coito no protegido, observando un elevado número de ciclos alterados. En estos informes se dijo que se debía “*poner especial énfasis en la investigación para un mejor conocimiento del proceso de implantación en el sentido de lograr agentes postcoitales más efectivos*”.

Los responsables de las investigaciones de estos productos refieren la necesidad de profundizar los conocimientos actuales en relación a los eventos que ocurren luego de la fertilización y hasta que se establezca exitosamente el embarazo, teniendo en cuenta el papel fundamental que juega el embrión en este periodo.

Los promotores de la contracepción de emergencia no consideran a la fecundación como el comienzo de una nueva vida humana, sino que la consideran cuando se ha producido la implantación. Sin embargo, a través de los recientes aportes de la biología se sabe que ya desde el momento de

la fecundación existe un sistema biológico que comienza a actuar como una estructura independiente, dotada de individualidad genética.

Resumiendo:

1. Se manipulan los conocimientos biológicos atribuyendo el comienzo de la vida a la implantación, y se esconde la importancia que tienen sobre la salud de la mujer los efectos secundarios que producen en ellas el uso continuado de los anticonceptivos hormonales, prevaleciendo la motivación para el uso de estos.
2. Se recurre al concepto de pre-embrión para descategorizar los primeros días de vida del ser humano y así poder eliminarlo sin problemas de conciencia.
3. Se concede a la mujer la potestad para decidir sobre otra vida en nombre de su propia “autonomía”, considerando esta situación como un acto privado y privativo de la mujer sin tener la menos consideración al nuevo ser humano.

¿Cómo ha calado en la sociedad esta “necesidad” de controlar la fertilidad?

Existe un empeño político internacional de imponer un modelo específico de comprender la sexualidad. Bastaría con leer la Carta de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSSRR), elaborados a partir de las Conferencias Internacionales de El Cairo sobre la Población en 1994 y de Pekín sobre la Mujer en 1995. En la carta se recoge un listado de doce derechos humanos sacados de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de Naciones Unidas de 1948, extrapolados al ambiente sexual propio del momento: el sexo se ha reducido a la genitalidad, se ha convertido en un objeto de consumo, en donde aparecen por detrás grandes intereses económicos, haciéndose un juicio positivo de esta situación. En definitiva se ha producido una fuerte ruptura entre la sexualidad y la procreación, unida a una visión individualista del hombre, que le da poder para tomar decisiones sobre la propia fertilidad. En estos derechos se habla de que la mujer ha de tener la gama más amplia disponible de métodos seguros para la regulación de la fertilidad, y el derecho a los beneficios del progreso científico.

Se ha hecho además como una propuesta de alcance universal, incluso exigida a todos los países como requisito necesario para obtener las ayudas que precisan para su desarrollo. En países pobres, el discurso de los DDSSRR fue presentado como un compromiso con la mujer marginada y su libertad.

Ante la sexualidad, todo planteamiento de una acción política se realiza en la actualidad desde un presupuesto preciso: la neutralidad. Considerando la sexualidad un elemento del ámbito privado, en el cual no debe inmiscuirse el poder político. Sin embargo, de un modo sutil pero efectivo, se presentan “modelos sexuales” intrínsecamente relacionados con la estructura política democrática.

¿Qué puede pasar en un futuro?

A pesar de que la Agenda de género trate de eliminar la familia y la sociedad incrementando los embarazos fuera del matrimonio y los divorcios, lo que no podrá cambiar es la naturaleza humana. La mujer seguirá siendo mujer y el hombre, hombre, cada uno con sus diferencias.

Si seguimos por este camino lejos de mejorar, la liberación sexual promovida por la Agenda de Género, se expandirán por todo el mundo las enfermedades de transmisión sexual y las adicciones sexuales.

También podemos pensar que como todo movimiento llevado al extremo siempre se moverá hacia el lado opuesto, los hombres podrán decidir que ya han tenido bastante y comenzar a obrar como los opresores de lo que les acusan las feministas de ser.