



**ANTICONCEPTIVOS HORMONALES FEMENINOS, DISPOSITIVO DE
PODER. UN ACERCAMIENTO DESDE LA BIOETICA**

MARIA REBECA VALVERDE MORA

José Edwin Cuellar Saavedra
Tutor

**Instituto de Bioética
Maestría en Bioética
Bogotá D. C., marzo de 2021**

“La Universidad Javeriana, no es responsable por los conceptos emitidos por los autores-investigadores del presente trabajo, por lo cual son responsabilidad absoluta de sus autores y no comprometen la idoneidad de la Institución ni de sus valores.”

DEDICATORIA

A todas las mujeres que me han enseñado a soñar con un mundo mejor y me han inspirado a buscar la libertad.

AGRADECIMIENTOS

A mi padre, por su ejemplo, amor y apoyo para emprender este proyecto.

A José Edwin, mi tutor de tesis, en quien encontré un aliado para repensar la fertilidad.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION	4
2. DESARROLLO	9
Capítulo I. Anticonceptivos Hormonales Femeninos. Una contextualización crítica.....	9
Capítulo II: Concepciones que fundamentan de manera bioética la fertilidad femenina	43
I. Sobre la fertilidad	44
II. Gestión de la fertilidad	53
III. Teoría de la virtud.....	64
IV. Autonomía, Libertad y Responsabilidad	69
Capítulo III: Un nuevo relato sobre la fertilidad, un aporte desde la Bioética	73
I. Hacia una vivencia de la fertilidad virtuosa	77
II. Lineamientos para un cambio necesario	85
3. CONCLUSIONES	91
4. BIBLIOGRAFIA.....	99
5. ANEXOS.....	104
Anexo1: Cronología de políticas y creación de instituciones relacionadas al control de la natalidad en Colombia y Costa Rica	104
Anexo 2: Implicaciones a nivel de especie de los AHF	111
Anexo 3: El ciclo menstrual.....	113

Anexo 4. Anatomía de la vagina y útero	117
Anexo 5: Bibliografía recomendada sobre fertilidad consciente	118
Anexo 6: Colectivas y grupos de educación no formal sobre fertilidad consciente.....	119

1. INTRODUCCION

La píldora anticonceptiva, y los posteriores anticonceptivos hormonales femeninos (de ahora en adelante AHF), es uno de los medicamentos con más incidencia social en la historia. Se le atribuye ser uno de los hitos en el proceso de emancipación de las mujeres, posibilitando una opción para controlar su fertilidad. Sin embargo, la historia detrás de su fabricación y prescripción fulminante, deja ver ciertos aspectos dignos de ser analizados por la Bioética.

Los AHF, como cualquier medicamento diseñado para controlar algo, en este caso la fertilidad femenina, tiene implicaciones éticas en relación con aquello que se busca controlar. El control es una forma de poder. Que, en este caso, se ejerce desde tres dimensiones. Primero, desde la dimensión íntima-personal, es decir, desde la usuaria hacia su cuerpo, específicamente su fertilidad. Segundo, la dimensión sociopolítica, es decir, desde fuerzas externas hacia los cuerpos femeninos, la fertilidad y sexualidad de las mujeres. Y tercero, desde fuerzas geopolíticas sobre la reproducción y natalidad en países “de tercer mundo”.

Por todas estas razones es válido preguntarse sobre los AHF. Es importante para esta discusión ver cómo discursos que se suponen tienen como norte la emancipación, el bienestar, la salud y la libertad, resultan funcionales a uno de los mecanismos más opresivos del poder: el control de los espacios íntimos, como lo es la sexualidad. De allí la necesidad de hacer una investigación, o al menos una reflexión, sobre los AHF, no sé si para responder estas inquietudes, pero por lo menos para revelar que hay un problema que se

está escapando de la discusión profunda y analítica de la Bioética. En este sentido el propósito de este trabajo es dilucidar el problema bioético que está a la base de la teoría y de la aplicación de los AHF, bajo la tesis de que este tipo de medicamento engloba un asunto grave de control y poder sobre cuerpo, fertilidad y sexualidad de las mujeres.

La motivación para hacer este trabajo nace de mi propia vivencia. Esta espinita la llevo desde que tenía 15 años, momento en que me recetaron la pastilla anticonceptiva por primera vez. Este medicamento se convirtió en un hábito infalible por 10 años, de la mano con un inquietud ética. Yo sentía que algo no estaba bien. Cansada del malestar al cual me había acostumbrado, la depresión y otras consecuencias cortésia de los AHF, tuve el valor de terminar mi relación con el medicamento. Llena de miedos, inseguridades y desvalidación por parte de los ginecólogos que consulté para buscar alternativas para gestionar mi fertilidad y llevar una vida sexual saludable, decidí cursar la maestría en Bioética. Esto con la esperanza de armarme de conocimiento para poder atender esa inquietud ética que me pesa desde hace tantos años. La motivación es sanar mi propia historia, sanar mi cuerpo, sanar mi relación con mi fertilidad, sanar mi sexualidad. Más allá de eso, dejar un legado que inspire y ayude a sanar a miles de mujeres que sé que están pasando por lo mismo. Este es mi granito de arena para motivar a una decostrucción de la perspectiva heredada de los AHF sobre la fertilidad y sexualidad femenina, y avocar a vivirlas de manera consciente.

Durante el proceso de la maestría he encontrado varios puntos ciegos de la Bioética, los AHF es uno de ellos. Por esto me parece fundamental revelar de

manera argumentada el problema: los AHF son un dispositivo de poder. Contrario a su propósito de diseño (emancipar a las mujeres del mandato reproductivo), siguen perpetuando, de manera más sutil y efectiva, la opresión de la sexualidad femenina bajo un discurso patogenizante de la fertilidad femenina. Esto tiene severas implicaciones éticas, lo cual pretendo poner en evidencia para abrir el camino hacia la solución de este problema bioético, que aunque se ha mantenido invisible, ha afectado y sigue afectando la vida y cuerpos de muchas mujeres.

Ahora, esta investigación es pertinente en la medida en que este tipo de medicamento, desde el lanzamiento de la píldora anticonceptiva -hace sesenta y un años-1960, hasta la fecha, tiene un grado muy alto de distribución y aceptación. Los AHF son utilizados por muchísimas mujeres alrededor del mundo desde edades muy tempranas. Son prescritos no solo para inhibir la fertilidad, sino, también como un tratamiento de los “padecimientos” del ciclo inherente a la fertilidad femenina. La relevancia de hacer este trabajo está en que se generará un aporte académico y social a la y desde la Bioética. Consecuentemente, la información generada servirá para alimentar el estado del arte de la disciplina. Asimismo, el producto podrá funcionar como base y referencia metodológica para analizar las implicaciones éticas de otro tipo de medicamentos diseñados para el control, desde una perspectiva bioética.

Entonces, para atender este problema he planteado los siguientes objetivos:

- Objetivo General: Dilucidar el problema bioético contenido en el discurso, prescripción y uso de los AHF para proponer desde la Bioética una alternativa orientada a la apropiación responsable y consciente de la fertilidad femenina.
- Objetivos Específicos:
 - o Contextualizar de manera crítica la invención y mercantilización de los AHF.
 - o Exponer las concepciones que fundamentan de manera bioética la fertilidad femenina.
 - o Crear una propuesta alternativa sobre la fertilidad femenina, a partir de los ideales bioéticos planteados en el objetivo anterior.

Considerando los objetivos planteados, la metodología utilizada es de índole fenomenológica, cualitativa y analítica. Este trabajo se lleva a cabo mediante la búsqueda exhaustiva de información de fuentes secundarias, indagación conceptual y un análisis profundo.

El trabajo consta con tres capítulos. En el capítulo primero, haré un recorrido histórico sobre la invención y mercantilización de los AHF para contextualizar de manera crítica el asunto. En este capítulo pretendo exponer y desmenuzar las categorías asociadas a los AHF, con el fin de hacer una incisión en la base teórica y discursiva de este medicamento. Esto para revelar las implicaciones éticas que tienen los AHF con respecto a la perspectiva de la fertilidad femenina. En el siguiente capítulo planteo una serie de ideales bioéticos, con el fin de deconstruir la perspectiva heredada de los AHF sobre la

fertilidad femenina. Por último, el tercer capítulo es una contrapropuesta sobre la fertilidad femenina basada en los ideales bioéticos planteados en el capítulo anterior. Con la aspiración de que dicha propuesta funcione como guía para programas educativos (formales y no formales) sobre la fertilidad femenina. Esto para ofrecer una alternativa y promover una vivencia de la fertilidad femenina responsable, saludable y, sobre todo, consciente.

2. DESARROLLO

Capítulo I. Anticonceptivos Hormonales Femeninos. Una contextualización crítica

La anticoncepción por mucho tiempo tuvo una carga moral negativa. Este tinte de inmoralidad está estrechamente asociado a la religión católica, pues se considera pecado y un atentado contra las leyes de la naturaleza e instituciones sociales como la familia (Torres Bryon, 2014). Esta religión fue pilar de la construcción política de los Estados, particularmente en Latinoamérica y determinante de la cultura e identidad de su población. Incluso, hay países, como Costa Rica, que siguen teniendo un Estado que no es laico¹, el cual sigue siendo influenciado por la religión en diversas expresiones. Siendo la anticoncepción un aspecto tan satanizado, es curioso que los anticonceptivos hormonales llegaran a ocupar un lugar tan importante en la salud pública y en el ámbito de lo privado, específicamente, en la sexualidad. Por esta razón propongo, en este capítulo, hacer una revisión crítica del contexto en que surgen los AHF, por dos razones. Primero, para entender qué hizo posible que los AHF llegaran a posicionarse tan ampliamente como lo han hecho, considerando la perspectiva que se tenía de la anticoncepción en el momento en que se creó la primera píldora anticonceptiva. Segundo, para determinar si del uso y difusión de este tipo de medicamento se deriva un problema bioético.

¹ En el artículo 75 de la Constitución Política de Costa Rica se establece como religión del Estado, la religión Católica (República de Costa Rica, 1949).

Para empezar, tomemos en cuenta que el desarrollo de la píldora anticonceptiva tiene sus raíces en un contexto social y político particular de la época. En efecto, la píldora anticonceptiva fue una búsqueda que se originó en Estados Unidos en los años cincuenta en donde la disponibilidad y conocimiento sobre anticoncepción era tabú y prohibido². Por lo tanto, los primeros ensayos no se realizaron propiamente en territorio político estadounidense, se realizaron en Puerto Rico en 1956. Hubo un proceso de experimentación, cambio social y construcción de un discurso apropiado para poder ingresar el medicamento al mercado, lo que tomó 20 años. Fue hasta el año 1970 en que se empezó a mercantilizar el medicamento (Marks, 1997).

En esta época existía un discurso por parte del Estado puertorriqueño de alta preocupación por la sobrepoblación y pobreza. De hecho, Puerto Rico contaba con una política de control poblacional, que tenía el propósito de reducir el tamaño de la población. Dicha política fue promovida por el gobierno de EEUU y encausada en Puerto Rico. A raíz de esto, se crearon las llamadas clínicas de planificación familiar y una campaña de esterilización. Esto terminó siendo uno de los procesos de esterilización en masa más nefastos de la historia de la humanidad; una tercera parte de las mujeres puertorriqueñas fueron esterilizadas sin un apropiado consentimiento (Colón, 2010).

Temporalmente, esto se puede asociar a una geoestratégica liderada por Estados Unidos, posterior a la segunda Guerra Mundial, que tenía como

² Desde 1873 hasta los años setenta en Estados Unidos existían las llamadas leyes Comstock, las cuales mantenían al margen de la ley, en el país, estudios sobre anticonceptivos (Marks, 1997).

objetivo fundamental la limitación de nacimientos en países que representasen una amenaza en términos de propagación de la pobreza (Pérez, 2010). Considérese que, en los años 70, se llevó a cabo la I Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1974), la cual concluyó en iniciativas políticas de control de natalidad en países en vías de desarrollo. Se consideraba que el crecimiento demográfico, en dichos países, obstaculizaba el desarrollo (Profamilia, 2010). La píldora, entonces, se presenta como una respuesta a la catástrofe social y económica de la explosión demográfica, especialmente en los países subdesarrollados (Marks, 1997).

Este es el panorama en el cual se lleva a cabo la experimentación para el desarrollo de la píldora con mujeres puertorriqueñas. Puerto Rico resultó ser el lugar ideal para efectuar la investigación por varios motivos. Primero, existía gran interés por parte del Estado en fomentar métodos de control de natalidad, por lo cual hubo permisividad para que el estudio tomara lugar. Segundo, la cercanía geográfica de Puerto Rico con EE. UU. resultaba realmente cómoda y viable. En concreto, la localidad escogida fue el suburbio de San Juan, un complejo habitacional subsidiado por el Estado puertorriqueño (García, 1982). Al ser una población de una isla, específicamente de un complejo habitacional estatal, y al contar con las clínicas de planificación familiar, hacía que la población fuera relativamente cautiva.

Sumado al hecho de ser cautiva, la población escogida para el estudio era poco instruida, por ende, más fácil de controlar y monitorear. Asimismo, muchas mujeres accedían voluntariamente a consumir el medicamento por la necesidad y deseo de controlar su fertilidad sin tener que someterse a la

esterilización. En síntesis, se realizó el estudio con mujeres de bajos ingresos económicos, poco nivel educativo y sin un adecuado consentimiento. Sin enterarse de los efectos secundarios, ni del hecho de que formaban parte de una investigación clínica, utilizando una píldora con un nivel de hormonas veinte veces mayor al que contienen las píldoras en la actualidad (Planned Parenthood, 2019), tres de las mujeres del estudio murieron por enfermedades cardiovasculares asociadas al uso de la píldora (Pérez, 2010). Al finalizar el estudio, diseñada la píldora “segura” para las mujeres de los países “desarrollados”, el anticonceptivo ingresó al mercado. El precio del medicamento resultó alto para las mujeres en Puerto Rico y Latinoamérica en general, siendo, en última instancia, inaccesible en estos países en ese momento (García, 1982).

Ahora, tomando en cuenta las circunstancias, lo primero que llama la atención es la profunda contradicción de este estudio que se revela al considerar la fecha en que sucede. El asunto toma lugar a finales de los años cincuenta, prácticamente una década posterior a la Declaración de los Derechos Humanos (1948), el código de Nuremberg (1947) y la creación de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de la ONU (1946). Es decir, existían antecedentes que permitían reconocer y señalar la dudosa virtud ética del estudio llevado a cabo. Es aquí donde se ve que, los derechos humanos, al igual que cualquier acuerdo internacional, no logran ser gestionables en una sociedad cimentada en una estructura de relaciones de dominación y limitación de la autonomía, justicia y libertad. El caso de Puerto

Rico es muy particular por su condición de ser un Estado libre asociado³, o, en otras palabras, un país que no ha alcanzado descolonizarse (Berrios et al., 2017). Esto significa que hay una relación hegemónica que entorpece el ejercicio de los derechos humanos, y hacen de un territorio espacio fértil para situaciones como la descrita en este ensayo. En palabras de Gallardo (2010):

...los derechos humanos no pueden ser caracterizados como propiedades del individuo aislados, sino que, como todo derecho o norma jurídica, suponen y se siguen de relacionamientos sociales que se condensan en instituciones, las que, a su vez, están animadas por lógicas o espiritualidades sociales. (p. 75)

Analizando el asunto desde la perspectiva Bioética, resulta bastante claro lo problemático del caso. Bajo los estándares éticos actuales, que ya se habían establecido para el momento, el estudio, se reitera, estuvo grave y contradictoriamente planteado; no hubo consentimiento informado, lo cual representa una violación a la autonomía y a los derechos humanos de las mujeres implicadas. En este sentido, en el caso de análisis existen complejas faltas a la ética científica y jurídica. Es decir, se escogió a la población para la

³ Desde 1952 Puerto Rico es un Estado libre asociado, lo que significa que es un territorio no incorporado de los Estados Unidos. Es decir, no forman parte del territorio, por ende, no forman parte del país; no tienen representación diplomática pero tampoco son independientes. El gobernador es elegido por los puertorriqueños, pero EEUU sigue teniendo el poder soberano, el manejo de los asuntos externos, la potestad de decidir sobre la constitucionalidad de las leyes de Puerto Rico y la capacidad de revisar las resoluciones del poder judicial (Rodríguez, 2004).

investigación basada en su vulnerabilidad que se veía determinada por su nacionalidad, pobreza, bajo nivel educativo, necesidades sanitarias con respecto al control de natalidad, amenaza de ser esterilizadas, entre otras. Es necesario resaltar lo que manifiestan Ugalde y Homedes (2001):

En América Latina, los comités de ética nunca han rechazado un ensayo porque todos sus participantes sean pobres y se viole el principio ético de justicia, de acuerdo con el cual los riesgos de los ensayos deben distribuirse equitativamente ante toda la población. (p.140)

Desde la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos se apela por el respeto a la igualdad de todo ser humano en términos de derechos, dignidad, justicia y equidad (UNESCO, 2005). El caso estudiado revela cómo estos cuatro aspectos son fácilmente vulnerados, debido a que tanto la justicia como los otros aspectos, son convenciones cuya utilidad es dependiente de las circunstancias (Nussbaum, 2007). Si bien la píldora buscaba responder a la necesidad de las mujeres de emanciparse del mandato reproductivo, superando desigualdades de género vinculadas a funciones reproductivas, que es uno de los determinantes más importantes en la salud de las mujeres (Palomino, Grande, y Linares, 2014), su elaboración no fue un triunfo para todas las mujeres.

Lo anterior, puso en evidencia cómo los derechos de las mujeres latinoamericanas no se gestionan de la misma manera que las de países “desarrollados”. Se destaca como la nacionalidad es una de las fronteras de la justicia (Nussbaum, 2007), hecho reconocido en la Cuarta Conferencia Mundial

sobre la Mujer. Allí se declaran los factores como raza, origen, cultura, religión, clase socioeconómica, entre otros, las barreras para que las mujeres disfruten de sus derechos humanos, como lo es el derecho a la salud sexual y reproductiva (Naciones Unidas, 2014).

De todo lo anterior, se revela el motor geopolítico que impulsó a los AHF a ocupar el lugar que tienen en la vida de tantas mujeres actualmente. De igual manera, es realmente interesante rescatar el vínculo tan estrecho de los AHF con las mujeres latinoamericanas. Llama la atención ver como se fue hilando el tejido sociopolítico en Latinoamérica para que todo lo descrito fuera posible. Hay una correspondencia temporal en el desarrollo de políticas de control poblacional y de natalidad a nivel local. Tomando los ejemplos de Costa Rica y Colombia, además del de Puerto Rico, se evidencia la coherencia entre los mandatos externos de potencias económicas y la aceptación social de los AHF en países “subdesarrollados” (ver cuadros I y II en anexos). En Colombia y Costa Rica, a finales de los años 50 se empiezan a crear instituciones y leyes para promover la planificación familiar y el uso de anticonceptivos (Profamilia, 2010) (Gómez, 1970) (Oberle, et al. , 1989) (Brenes y Nielssen, 2013). En paralelo a Puerto Rico, hubieron campañas de esterilización en Colombia y Costa Rica pero no fueron tan drásticas ni llevadas a cabo en condiciones tan nefastas.

Detengamonos un momento a repasar cómo se reproduce una historia similar a la de Puerto Rico en el territorio Colombiano. Si revisamos la cronología de una serie de eventos en Colombia, podemos notar que hay una correspondencia con la misma lógica de control de natalidad por la que pasó Puerto Rico

(Profamilia, 2010). En 1959 la planificación familiar se vuelve un asunto de salud pública en el país colombiano, hecho materializado en la conformación de la primera institución colombiana en promover la planificación familiar: la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME). Seguidamente, en la década de los 60, en donde ya se está creando el anticonceptivo hormonal, suceden dos acontecimientos que van a hacer posible la entrada de la pastilla para cuando ya esté lista. Primero, ASCOFAME se incorpora a una División de Estudios de Población y se crea la Asociación Colombiana para el Estudio de la Población (ACEP). Es muy importante destacar que estas entidades son de índole privado y son apoyadas por países externos como EE. UU. Segundo, se crea la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia) en el año 1965. Esta entidad es privada y sin fines de lucro, es promotora y defensora del derecho humano a la planificación familiar. Es dicha institución la que trae la píldora y los dispositivos intrauterinos (DIU) al país bajo un discurso solidario y filantrópico. Esta misma institución es la encargada de establecer el primer programa de esterilización para hombres y mujeres en los años 70. Vemos que la presión por reducir la tasa de natalidad en Colombia es tal, que no es suficiente la anticoncepción como método preventivo, pero se incluye la esterilización como estrategia de control. Esta estrategia tenía especial énfasis en las mujeres. Esto va de la mano con las directrices derivadas de la primera Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1974), donde se insta a los países “de tercer mundo” a insertar políticas de control de natalidad ya que se consideraba que el crecimiento demográfico de ciertos países obstaculizaba el desarrollo, no solamente del

propio país, pero del mundo. En la segunda conferencia, una década después, se mantuvo e incrementó la presión para que se redujeran las tasas de natalidad en los países pobres.

Hasta el momento vemos cómo hay una presión externa hacia Colombia y otros países de Latinoamérica para reducir su población. En el caso de Colombia resulta curioso que el Estado no se involucra directamente si no es hasta los años noventa, antes de eso el tema estaba en manos de organizaciones privadas de apoyo externo. En 1992, se crea la Política “Salud para las mujeres, mujeres para la salud”, donde se establecen las directrices sobre Planificación Familiar y el rol que tiene el Estado Colombiano en ello. Se buscaba fortalecer el protagonismo femenino en la planificación familiar, el reconocimiento de su participación como sujetos de las decisiones sobre su vida, su cuerpo, su sexualidad y su salud. Se fijaron seis prioridades/áreas de intervención para el Estado: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de la población adolescente, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida, y violencia doméstica y sexual. Para llegar a solidificar estas políticas que se instauran en Colombia, durante la 3ra Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, se reconoce a los derechos reproductivos, como derechos humanos, en donde se inscribe la planificación familiar. Entonces, la planificación familiar, en términos de discurso, pasa de ser una presión externa de países “desarrollados” hacia países “de tercer mundo”, a ser ahora es un tema de Derechos Humanos. Esto va a garantizar que sean los propios países los que quieran controlar y

disminuir su tasa de natalidad de manera voluntaria con la convicción de que es una búsqueda por alcanzar un ideal noble.

Puede verse cómo se gesta toda una estrategia para disminuir la natalidad en Latinoamérica, por lo menos en Colombia, Costa Rica y Puerto Rico, que obedece a una cohesión de políticas globales desde una ideología oculta de control poblacional a través del control de la natalidad. En últimas, son relaciones de poder con una fachada de cuidado sustentadas por un discurso paternalista con respecto al control de la natalidad. Este tipo de relación luego se apropia, se regionaliza y se reproduce. Esto sucede en la relación Estado-Ciudadanía, mediada por las políticas de salud reproductiva y la apropiación del discurso de los derechos reproductivos y sexuales como derechos humanos. Y también en la relación de los individuos con su fertilidad y sexualidad, mediada por un discurso médico medicalizante.

Históricamente la sexualidad y todo lo relativo a la reproducción (incluida la anticoncepción) pertenecía, en apariencia, al mundo de lo privado. Más allá de eso, fue un campo del saber desarrollado principalmente por mujeres, pero considerado un saber tabú y de transmisión oral, sin valor para el campo científico por mucho tiempo (Planned Parenthood Federation of America, Inc., 2012). En el momento en que el tamaño creciente poblacional llega a ser una preocupación, se crean políticas públicas y derechos entorno al tema. ¿Qué significa esto? Que el fenómeno reproductivo deja de ser del orden natural y privado, entra en el dominio público, por ende, ahora puede ser gobernado (Foucault, 2000). Esto genera una tensión muy particular debido a que la

reproducción es algo que se gestiona a nivel público, pero es experiencial a nivel privado.

En palabras de Felitti (2012):

Cuando un gobierno propone estimular ciertos nacimientos, impedir otros o establecer un número ideal de hijos/as por familia, ya sea por razones económicas, políticas, eugenésicas o religiosas, la tensión entre el derecho a la regulación de la natalidad que posee cada persona y las prerrogativas que asumen los estados en materia de población se hacen manifiestas. Ya sean pronatalistas o fiscalizadores de la fecundidad, de manera explícita o implícita, los gobiernos despliegan medidas que inciden de manera significativa sobre la ciudadanía, y cobran especial magnitud en los cuerpos femeninos, en las condiciones de autodeterminación sexual y reproductiva de las mujeres, volviéndolas objeto de políticas nacionales e internacionales que no siempre coinciden con sus deseos y aspiraciones. (p.15)

Vemos de la propuesta de Felitti que el control de natalidad implica tensión entre lo internacional y lo nacional, también en lo público y lo privado. Por un lado, hay una tensión entre directrices externas sobre qué población debe o no reproducirse, y las políticas y voluntades internas del país. Por otro lado, la anticoncepción es un tema que se gestiona a nivel de salud pública por parte del Estado, pero que se asume y se vive a nivel individual. Ambas tensiones reacen en el cuerpo de las mujeres, especialmente en el cuerpo de las mujeres latinoamericanas. Se destaca que hay una relación muy estrecha

entre la historia de los AHF y las mujeres de América Latina. El primer AHF fue la píldora anticonceptiva, la cual es muy particular puesto que es un medicamento que fue diseñado para ser utilizado en mujeres sanas por periodos largos de tiempo. “La píldora representa mucho más que una revolución en anticoncepción en la historia de la farmacéutica...no puede ser vista solo como un triunfo” (Marks, 1997, p.32).

El desarrollo de tecnologías anticonceptivas (los AHF), marcaron un cambio en el modelo de relaciones y configuraciones familiares, replanteando la moral sexual. Karina Felitti (2012) nos propone dos lecturas de este hecho. Primero, como un símbolo de liberación sexual femenina. Segundo, como un ejercicio de poder por parte de países desarrollados hacia países subdesarrollados ante el problema de la explosión demográfica y la amenaza del esparcimiento de la pobreza.

El control de la natalidad se focaliza en el control de la fertilidad femenina. Esto genera que decisiones y experiencias que acontecen en la intimidad de una mujer, muchas veces deban situarse en el debate público. Generando que las mujeres deban responder a mandatos que superan o contradicen su voluntad individual, comprometiendo su autonomía y libertad. En palabras de Felitti (2019): “Existe una tensión entre las responsabilidades públicas y el respeto por la privacidad y la intimidad” (p. 56). Tensión que aparentemente termina disolviéndose en la prevalencia de un discurso que favorece lo público sobre lo privado y así el dominio sobre la dimensión sexual y reproductiva de las mujeres. Aquí surgen preguntas como, ¿qué sucede con la reproducción y la sexualidad de los hombres?

Los debates que acontecen en América Latina sobre la planificación familiar surgen de preocupaciones geopolíticas con respecto a la explosión demográfica, de la mano de una creciente movilización social con respecto a los roles y relaciones de género. Otro aspecto interesante para destacar es que, muchos gobiernos incorporaron políticas de planificación familiar con apoyo de organizaciones internacionales (especialmente de Estados Unidos: el diseñador y mercader del los AHF) (Felitti, 2009).

En el año 1968 se declara la planificación familiar como un Derecho Humano, durante la Conferencia Internacional de Derechos Humanos. Esto tiene dos aristas; uno, la planificación familiar fue posible en América Latina más por la influencia y presión de los organismos internacionales que por las demandas del movimiento feminista. Dos, que este derecho se llega a garantizar mediante la gestión de la salud pública, es decir, se vuelve un tema de salud. El trasfondo es en esencia político y económico, pero se justifica desde la salud con el respaldo del discurso de Derechos Humanos y el de la emancipación femenina. Esto permite activar control sobre los cuerpos, sobre todo femeninos. Habilita también docilidad y permisividad de la población ante este nuevo ordenamiento social y sexual. En palabras de Felitti (2009):

En la actualidad, la planificación familiar ya no es considerada exclusivamente en términos de geopolítica y desarrollo, sino como un derecho humano fundamental; cuyo ejercicio debe ser asegurado por todos los estados comprometidos con el cumplimiento de los distintos tratados y convenciones internacionales que los garantizan. A su vez, así como en la posguerra el movimiento del control de la natalidad fue

reemplazado por la menos conflictiva noción de planificación familiar, desde fines de la década de 1980, el concepto de derechos sexuales y reproductivos ha vuelto a colocar a las mujeres como principales sujetos y agentes de estas políticas, apoyadas por un movimiento feminista latinoamericano cada vez más amplio y visible. (p.64)

Hay un detalle interesante sobre el discurso que hizo posible la aceptación y distribución fulminante del medicamento. En principio, los AHF tuvieron que mercantilizarse bajo el pretexto de que ayudaban a regular los periodos menstruales y curar los padecimientos relacionados a la fertilidad femenina, no se vendían y ni prescribían como anticonceptivos. En realidad, bajo el consumo de AHF a una mujer no le viene el periodo. El sangrado que se experimenta cuando se está bajo el efecto de un AHF es llamado sangrado por abstinencia, no es menstruación. Para que haya menstruación tuvo que haber habido ovulación, y los AHF privan al cuerpo de ovular. Las primeras pastillas no inducían sangrado entorpeciendo la aceptabilidad del producto, por ende, se diseñó la manera de que hubiera un sangrado que simulara la menstruación. Esto para generar mayor aceptabilidad y que el discurso, de que los AHF controlaban y regulaban la menstruación, fuera coherente y creíble (Brighten, 2019). Es necesario subrayar con ímpetu que los AHF no regulan la menstruación, inhiben la ovulación.

Además, la cuestión de los AHF es controversial; por un lado, se piensa que han significado un gran paso en términos de emancipación para las mujeres al mandato reproductivo, incidiendo en las desigualdades de género basadas en funciones biológicas de su cuerpo. Por otro lado, el discurso

médico, político y social que legitiman los AHF son contra productivos a la emancipación de las mujeres.

Podría pensarse que, al poder controlar su fertilidad, los AHF tienen efecto emancipador al mandato reproductivo que recae en las mujeres. Bajo esta misma línea, los AHF permiten que las mujeres vivan su sexualidad de manera libre y desvinculada de los efectos reproductivos. A pesar de existir ciertas vinculaciones de efectos adversos a la salud por el uso de AHF, no son efectos terminantemente vinculantes a su uso, según la data científica (Parenthood, 2019). Aquí se presentan dos aspectos muy problemáticos para la Bioética, de una parte, ¿si la ciencia no da cuentas de que algo existe, quiere decir que no es real? Aún más, estos efectos adversos son riesgos que, podría decirse, asumen las mujeres libremente al utilizar los AHF. Bajo esta lógica, pareciera que el precio que debe de pagar una mujer por su libertad es enfermarse con la amplia gama de efectos secundarios que tienen los AHF. No parece justo de ninguna manera. De otra parte, ¿qué concepción de la reproducción humana se está instalando en la cultura?, y más concretamente, ¿qué pensamiento ideológico se está instalando en una mujer embarazada?, ¿debe la mujer librarse de la reproducción?, ¿qué concepción de sexualidad se está introduciendo en la sociedad?, en fin, serían muchas preguntas las que se podrían plantear.

Sin embargo, de lo anterior puede objetarse que, si bien es cierto que las mujeres son quienes toman el medicamento, su uso no se puede considerar como una decisión autónoma en todos los casos. La medicalización de la sexualidad ha generado un discurso que establece que el deber ser de una

mujer sexualmente activa es el de tomar AHF. Una mujer se enfrenta a una autoridad moral (el médico) que le insta a tomar el medicamento, muchas veces sin la información suficiente y adecuada para poder considerar la decisión autónoma (Castro & Erviti, 2015).

AHF y efectos secundarios

Los AHF, son un combo de hormonas sintéticas (que tratan fallidamente de imitar el estrógeno y progesterona) que lo que hacen es cortar la comunicación entre los ovarios y el cerebro, apagando el sistema hormonal. A grosso modo, hay dos tipos de AHF: combinados (estrógeno sintético y progestina) y de pura progestina. Los AHF combinados son más efectivos, producen menos sangrado, suprimen la ovulación, adelgazan el moco cervical al que se pega el esperma, cambia la motilidad tubárica y adelgaza el revestimiento uterino. Este es el AHF más consumido. Ahora, los de 100% progestina, son utilizados normalmente por mujeres que tienen reacciones adversas al estrógeno sintético o que están dando de mamar. Los de este tipo inhiben la ovulación, pero solo con un 60% de efectividad (Brighten, 2019).

Un aspecto a resaltar de la medicación de AHF tiene que ver con la afectación de no informar claramente las consecuencias de los efectos secundarios por el consumo de AHF. Es un hecho que la mayoría y más dañinos efectos secundarios como depresión, infertilidad, aumento del riesgo de paro cardíaco y cáncer, entre otros, no son advertidos a las pacientes con la suficiente claridad (Brighten, 2019). Una referencia de este asunto es mi propia experiencia, en la que sin creer que se debe a una mala intención por

parte de los médicos, no fui lo suficientemente informada de los efectos secundarios orgánicos y psicológicos sobre el consumo de AHF.

Considero altamente riesgoso minimizar los síntomas que tienen las mujeres relacionados al ciclo femenino. Que en una consulta en donde se expresa tener fuertes dolores menstruales, acné u otro síntoma relacionado a desordenes hormonales, el médico recete AHF para silenciar estos síntomas en vez de indagar qué es lo que está sucediendo en el cuerpo de esta paciente, no es ético. Aquí surgen otras preguntas, ¿Es un criterio de la formación médica, el “tratar” estos síntomas con AHF, aún a costa de los conocidos efectos secundarios?, ¿Es la medicalización la única salida médica a una consulta de este tipo?, ¿tienen poca relevancia los efectos secundarios frente al tratamiento de ciertos síntomas? Como lo dice Brighten (2019), recetar una píldora anticonceptiva para un problema hormonal es como darle una aspirina a alguien que tiene clavada una estaca, en vez de sacarle la estaca.

Los AHF se presentan, tanto a los médicos como a las pacientes, como una maravilla que cura casi cualquier cosa con pocos efectos en la vida de las consumidoras. Lastimosamente, hay una falta sustancial de investigación y data científica, pero no porque no haya un problema, se debe a que la comunidad científica no parece interesarse por ello (Brighten, 2019).

Personalmente, pienso que no hay motivación por varias razones. Primero, es un producto exitoso, por lo cual, poner en evidencia que los AHF, en vez de curar, generan efectos secundarios, tendría implicaciones económicas para empresas farmacéuticas muy poderosas. Segundo, no hay una presión por

parte de las usuarias para que haya investigación al respecto, pues a corto plazo el medicamento cumple su promesa (quitar el dolor, el acné y evitar el embarazo) y no se tiene idea de lo que hará al cuerpo un consumo prolongado.

Más grave aún, las mujeres nos hemos acostumbrado al dolor. Quiero decir, nos han enseñado que tener periodos dolorosos es normal, por lo cual llegamos a normalizar “padecimientos” con respecto a la fertilidad o a los AHF. Por último, un ser humano es capaz de sacrificar muchas cosas, su salud y hasta su vida, por su libertad. Una mujer, con tal de liberarse del mandato reproductivo, tener un espacio en el contexto económico, estudiar y más, es capaz de someter a su cuerpo a los efectos secundarios de los AHF.

Así los efectos secundarios de los AHF van más allá de cuadros clínicos. Afectan el estado de ánimo, la libido y otros factores que determinan la calidad de vida de las mujeres. Esto no se ha demostrado científicamente, pero como lo dice Briden (2019): “El hecho de que se haya mantenido sin demostrar durante cincuenta años, se debe a que nadie se tomó la molestia de investigarlo” (p.31). Es más, existen tecnologías de anticoncepción hormonales masculinos, pero no han tenido éxito comercial pues ¿porqué un hombre accedería voluntariamente a desactivar sus hormonas, sufrir de depresión y la baja la libido? Responde Lara Briden (2019): “francamente, ¿por qué deberían hacerlo? ¿Y por qué deberían hacerlo las mujeres?” (p. 35).

Efectivamente, se han realizado ensayos clínicos sobre anticoncepción hormonal masculina. En el 2016 se suspendió un ensayo sobre una inyección anticonceptiva hormonal masculina apelando a que los riesgos de la salud no

superaban los beneficios. La inyección reportaba 96% de efectividad, pero 6% de los sujetos (20 de 320 que conformaron el estudio), reportaron no soportar los efectos secundarios (dolor, acné y depresión) (Scutti, 2016). En el ensayo llevado a cabo en Puerto Rico el 15% de las mujeres reportaron efectos secundarios y 3 murieron (Brighten, 2019). Según Briden (2019), alrededor de 100 millones de mujeres optan por AHF en el mundo. Pareciera que los efectos secundarios para las mujeres son aceptables.

¿De qué efectos secundarios estamos hablando? Todo paquete de pastillas anticonceptivas viene con un panfleto extenso de efectos secundarios, lo cual es bastante preocupante. Algunos de estos efectos son (Brighten, 2019)⁴:

- Confusión hormonal: pérdida del periodo o periodos irregulares, poco o mucho sangrado, ciclos cortos, infertilidad, dolores de cabeza.
- Problemas digestivos: intestino permeable, disbiosis intestinal, enfermedad intestinal inflamatoria. Es más, hay un aumento del 300% de riesgo de desarrollar la enfermedad Crohn.
- Fatiga.
- Disfunción de las glándulas adrenal y tiroideas.
- Caída del cabello y sequedad en la piel.

⁴ Los AHF también tienen efectos a nivel de especie. El consumo de dicho medicamento altera el sentido del olfato de la usuaria, lo cual es determinante a la hora de escoger a la pareja sexual. En mujeres que consumen AHF, hay una tendencia a buscar parejas con un material genético similar al suyo, generando descendencia con sistemas inmunes más débiles (Brighten, 2019). Ver anexo 2.

- Depresión y ansiedad.
- Afecciones vaginales: baja libido, sequedad vaginal, infecciones crónicas, dolor durante el coito.
- Privación de vitaminas, minerales y antioxidantes (folato, B12 y magnesio).
- Intensifica riesgo de coágulos sanguíneos, que llevan a paros cerebrovasculares.
- Aumento del riesgo de: cáncer de seno, cáncer de cérvix, cáncer de hígado, diabetes y paros cardiacos.
- Detonador de enfermedades autoinmunes.

El asunto se vuelve más interesante al preguntarnos ¿por qué los doctores recetan los AHF?, y, ¿por qué las usuarias leyendo sobre los efectos secundarios aceptan consumirlos? Este medicamento fue diseñado, en teoría, para ayudar a las mujeres a controlar su fertilidad, sin embargo, la mayor razón de uso no tiene que ver con fines anticonceptivos. En EEUU, 60% de las mujeres usuarias de AHF, consumen el medicamento por razones distintas a la planificación familiar (Brighten, 2019). Entonces, ¿para qué se están recetando los AHF? En su mayoría para varias situaciones como: bajar la intensidad del dolor durante la menstruación, disminuir la irregularidad de periodos, atender el desbalance hormonal, el acné, la caída del cabello, el síndrome premenstrual, los cambios de ánimo, el síndrome del ovario poliquístico y la endometriosis (Brighten, 2019). Lo más perturbador es que los AHF no curan absolutamente nada de esto. Y estos síntomas son muy comunes, pero no son normales: hay algo a lo que se le debe de poner atención y no se está haciendo.

Más profundamente los AHF pueden crear dependencia física y emocional. Pareciera que la única opción que tenemos las mujeres, y que tienen los médicos para nosotras, para controlar desordenes hormonales y síntomas relacionados al periodo menstrual son los AHF. Los AHF maquillan los síntomas, los mantiene ocultos, por ende, no se atiende el problema de fondo y podría nunca llegar a tratarse de manera adecuada, evolucionando, a largo plazo, en algo peor. Y aquí viene un punto muy importante, en el momento en que se deja un AHF, los síntomas vuelven y vuelven potenciados, es lo que se llama el síndrome post anticonceptivo hormonal (SPA), lo cual hace que las mujeres vuelvan al medicamento.

Al dejar los AHF, el SPA puede aparecer entre los 4 a 6 meses después de dejar el medicamento y puede tomar más de 9 meses reestablecer la comunicación ovarios-cerebro y normalizar el funcionamiento del sistema hormonal. Algunos de los efectos pueden ser irreversibles (como la infertilidad). Ciertos síntomas del SPA son: acné, amenorrea (de 3-6 meses), infertilidad, síndrome del ovario poliquístico inducido por los AHF, periodos muy dolorosos, pérdida de cabello, depresión, ansiedad, hipotiroidismo, disfunción del intestino y síntomas autoinmunes.

Los efectos secundarios del uso de los AHF plantean sin lugar a dudas algunos interrogantes de tipo bioético, por ejemplo, ¿qué consideración responsable deberían tener los científicos y médicos al generar y recetar un medicamento que no ayuda, finalmente, a comprender y sanar unos síntomas disfuncionales asociados con un desbalance hormonal? ¿Debe ser una obligación moral consumir AHF? ¿Hasta qué punto se está disminuyendo el

principio de autonomía en las mujeres que son inducidas y/o conducidas al uso de los AHF?

Vemos de todo lo discutido hasta aquí que surgen inquietudes con respecto al uso, prescripción y mercantilización de los AHF. Estas inquietudes implican variables políticas, médicas, sociales, económicas y de género. Variables que son fundamentalmente de índole ético, que no solo afecta los cuerpos, salud y vida de las mujeres pero también llena de carga negativa la perspectiva que tenemos de lo femenino. La ética y la vida son los temas que configuran a la Bioética, de ahí que este sea un problema bioético. Pero más que eso, considero que solo la Bioética tiene el alcance de visión para comprender y desembarañar la complejidad del problema relacionado a los AHF gracias a su amplia y profunda manera de aproximarse a los temas que estudia.

Los AHF , la fertilidad y la sexualidad

Incluso para el control de la fertilidad los AHF no parecieran ser la opción atinada, considerando que una mujer es fértil 6 días durante un ciclo, ¿porqué se debe apagar su sistema hormonal todos los días del mes? El ciclo menstrual muestra mucho más que la capacidad de embarazarse de una mujer. De hecho, tiene que ver y es un reflejo de la salud integral de las mujeres (Briden, 2019). Este ciclo se compone de varias etapas e incluye muchas hormonas del cuerpo (ver anexo 3). La periodicidad y forma del ciclo menstrual es particular para cada mujer, pero puede durar entre 26 a 36 días, típicamente se espera que sea de 28 días (aunque este es el caso del 15% de las mujeres) (Brighten, 2019). El ciclo puede llegar a ser tan particular para cada mujer, que la

duración del ciclo puede llegar a variar de un mes a otro. Pero, esto que no quiere decir que no se pueda determinar, conocer y reconocer las diferentes etapas del ciclo en las cuales se encuentra una mujer en determinado momento.

Más allá de la capacidad de quedar embarazadas, el ciclo menstrual es un sistema que autorregula y mantiene en balance las hormonas en el cuerpo femenino. Y, los desbalances hormonales tienen efectos graves en la salud física y mental. Ahora, estos desbalances hormonales son una razón muy importante por las cuales las mujeres llegan a consumir AHF. Naturalmente una mujer puede tener un desbalance hormonal. La forma en que se desarrolla el ciclo menstrual va a dar indicios de estos desbalances, dando aviso de ellos. Por ejemplo, ansiedad, insomnio, ciclos menstruales irregulares y dolorosos, apuntan a una baja producción de progesterona. Gracias a este aviso que da el cuerpo, se puede dar cuenta del problema, atender el asunto y mejorar la salud de la mujer de manera efectiva.

Lara Briden (2019), plantea que: “la fertilidad es una expresión de salud, no una enfermedad que deba ser tratada con un medicamento” (p.18). Un dato interesante que destaca Briden es que en los años 80 se describe el SPM (Síndrome Pre Menstrual) como una serie de padecimientos vinculados a los ciclos hormonales femeninos. Esto tiene una implicación moral fuerte, ya que se empiezan a concebir las hormonas relacionadas a los ciclos femeninos en sí mismas como algo negativo, derivando en un impacto en la forma en cómo se percibe el cuerpo femenino; por ejemplo, se propicia un rechazo a la menstruación y los órganos que la producen.

El problema mayor de los AHF es que, en realidad no regulan las hormonas, si no que las desactiva. Al hacer uso de dicho medicamento se está desactivando todo un grupo de hormonas solo para prevenir el embarazo. Peor aún, se sigue utilizando un método anticonceptivo realmente anticuado. Desde los sesenta años, que llevan en el mercado, los AHF no ha llegado a superarse a sí mismos.

Históricamente, se negaba la existencia de la sexualidad femenina, era invisible. Esto ha venido cambiado en las últimas décadas, la sexualidad femenina ya se reconoce. El problema es que la forma de legitimizar la sexualidad femenina es a través de la planificación familiar, los anticonceptivos hormonales (Guash, 2007). Está bien ser una mujer sexualmente activa, siempre y cuando cumpla con la norma médica vigente: tomar anticonceptivos hormonales. Entonces, nótese que los AHF habilitan un cambio del modelo sexual, pero no del problema de fondo. El discurso médico que se ha instaurado regula la sexualidad femenina vía los métodos anticonceptivos hormonales. Las mujeres siguen sin ser, realmente, las gestoras, con conocimiento y propiedad, de su fertilidad y sexualidad.

Las prácticas contraceptivas hacen que el modelo heteronormativo entre en crisis, liberando a las mujeres del riesgo de embarazo y se reivindica su ejercicio sexual, como manifiesto de liberación social (Guash, 2007). Pero, el nuevo modelo sexual sigue teniendo una base biomédica que llega a reordenar de manera más sutil el orden que entró en crisis. Se añade al asunto una variable peligrosa. Ahora se establecen normas para el acceso al placer, con un dispositivo de poder tan efectivo, los AHF, que hace que este modelo se

instaure como parte de la identidad sexual de las mujeres. En otras palabras, las mujeres se autoregulan y autogobiernan en función al poder externo.

La sexualidad como “conjunto de prácticas y discursos (relativos al género, al deseo, a la afectividad y a la reproducción)” (Guash, 2007, p.11), hace que sea un mecanismo de reproducción, más que de la especie, del orden social. Los discursos médico y de sexología, hacen de la sexualidad una categorización de comportamientos o prácticas sexuales, produciendo identidades. Es decir, se vuelve la sexualidad una estrategia social que permite controlar el placer, el deseo y la forma en que nos relacionamos con estos dos aspectos. Como lo dice Guash (2007):

Hasta el siglo XIX nadie era distinto de los demás en función de sus gustos sexuales. Pero la intervención medico-psiquiátrica en el ámbito de la sexualidad viene a alterar ese estado de las cosas. Desde entonces, la sociedad (y desde los años sesenta, los gays y lesbianas) pretende que a cada práctica sexual concreta corresponde una identidad social específica. (p. 22)

Es decir, la sexualidad se vuelve una identidad, no es algo que hacemos, es algo que somos, es algo desde lo cual nos identificamos y nos identifican. El tener una identidad implica responder a una serie de comportamientos y expectativas sociales. Las primeras identidades sexuales que se crean, a partir del discurso religioso, se empiezan a diversificar con el tiempo. La medicalización de la sexualidad, los derechos reproductivos, la apropiación de la sexualidad por el dominio de la salud pública, y otros

aspectos, generan una identidad que quiero llamar como la identidad del sexo seguro-responsable. Estamos en una época que apela enormemente a la seguridad y a la responsabilidad a la hora de tener sexo. Pero, ¿a qué se refiere esto realmente? Esto es un llamado a protegerse contra enfermedades venéreas y embarazos no deseados. Todo centrado en el discurso médico. El sentido de lo dicho no es quitar valor a este llamado, sino indicar la exclusión de otros aspectos fundamentales para vivir una sexualidad plena y fomentar prácticas sexuales gratificantes y saludables en el sentido más amplio de la palabra (físico, mental, emocional, espiritual). No se contempla la responsabilidad afectiva, el cuidado de sí y el cuidado del otro, la autoexploración, el placer, etc.

Esta identidad sexual medicalizada es en la cual surgen los AHF y desde la cual se reconoce la sexualidad femenina. Por lo tanto, existe una expectativa social y moral, un deber ser de una mujer sexualmente activa: que esta sea usuaria de los AHF. La práctica sexual que valida su identidad sexual es el consumo del AHF y no sus vivencias, ni su intimidad, ni su placer, ni la relación con su cuerpo, ni el compartir significativamente con su pareja sexual. Se da, como lo dice maravillosamente Guash (2007) “el proceso de sustitución del arte erótico por una ciencia de la sexualidad” (p.24).

Además, el uso y distribución de los AHF contienen un discurso patogenizante de la fertilidad y ciclos hormonales de las mujeres, lo cual tiene consecuencias materiales y simbólicas en la percepción del *ser* mujer y lo femenino. De esto se despliega un imaginario social del deber ser de la sexualidad femenina, la cual se basa en la medicalización y desvirtúa el valor

de la experiencia y el cuerpo, que es donde se vive la sexualidad. Aún más, los AHF, habilitan que se siga responsabilizando a las mujeres sobre la reproducción de la especie (Cordona-Lozada, 2014). Además, el uso prolongado de los AHF tiene efectos adversos graves para la salud física y mental de la persona que los utilice. De esto, podría pensarse que es un riesgo aceptable en tanto les permite a las mujeres controlar su fertilidad, pero los AHF no son ni el único método anticonceptivo, ni el más accesible, ni el más seguro (Briden, 2019).

En conjunción con todo lo dicho anteriormente, la propuesta de Foucault (2012) con respecto a la medicalización de la sexualidad como mecanismo de control de los cuerpos, resulta muy pertinente. El autor nos propone que, el comportamiento sexual llega a ser problemática que compete a la medicina. Pero, dicho interés, de parte de la medicina, nace de una gran preocupación por eliminar las patologías asociadas a la sexualidad (clínicas y psicológicas) y no por una voluntad de integrar este fenómeno a la gestión de la salud. Esto nos interesa en la medida en que los medicamentos dirigidos a la sexualidad vienen, desde su primera concepción, teñidos de una perspectiva patogenizante de la sexualidad: hay algo que curar, y si hay algo que curar es porque la persona se supone enferma.

¿Qué pasa con los AHF? Lo mismo, pero se da de manera muy sutil. Es decir, no se dice literalmente que la fertilidad femenina es una enfermedad, pero sí las formas en que se manifiesta en el cuerpo femenino. Y es gracias a esa patogenización que los anticonceptivos hormonales lograron posicionarse en el mercado y en la vida de tantas mujeres, perpetuando esta perspectiva de

la fertilidad femenina. Es más, desde los años 70, las razones principales por las cuales se prescriben los AHF son desórdenes ginecológicos y reproductivos (Mark, 1997) y no necesariamente se presentan como una opción de decisión de las mujeres sobre su cuerpo y su fertilidad.

Foucault (2001), en *La hermenéutica del sujeto*, nos habla sobre la salvación. Plantea que salvar tiene muchas significaciones, lo cual determina el significado moral del agente "salvador". Primero, existe el significado de liberación de una amenaza o peligro, segundo, la de conservación, tercero, la de protección del pudor y el honor, cuarto, el sentido jurídico (salvar de una acusación), quinto, el pasivo (mantenerse en un estado anterior, asociado a una pureza original) y, por último, el de hacer el bien y asegurar el bienestar.

Desglosando, el discurso utilizado para alcanzar la aceptación y divulgación del consumo de la píldora anticonceptiva entra en la primera y tercera significación de salvación que propone Foucault: liberar de la amenaza del periodo, de su suciedad y alteraciones hormonales que, supuestamente, hacen a la mujer inestable y padeciente de un ciclo que la enferma. Pero con la máscara de ser el sexto significado de salvación (proveer bienestar). El discurso de fondo es un discurso patogenizador y de control, mientras que el discurso aparente, el discurso visible, es de protección, de preocupación por la salud y emancipación de las mujeres.

Ahora, Guash (2007) muestra cómo a través de la medicina, ente legitimador del control social y de la sexualidad, se ha creado un nuevo modelo sexual mediado por medicamentos. Gracias a las nuevas tecnologías y

prácticas sexuales, el modelo de ideal sexual heteronormativo, religioso y centrado en la reproducción, entra en crisis. Resulta preciso replantear el modelo de sexualidad ideal y legitimarlo a través del discurso médico. Este nuevo modelo, el asociado a los AHF, será entonces el modelo del sexo *seguro*. Ya no se censura el placer, es más, se insta acceder a él, pero se establecen normas de acceso al placer. De todo esto, y relacionándolo a los AHF, se puede decir que, la forma en que se va a legitimar la sexualidad femenina es a través de la planificación familiar y los anticonceptivos hormonales. Se crea una identidad y un deber ser del sujeto femenino sexualmente activo estrechamente vinculado y condicionado a la medicalización.

Volviendo a *La hermenéutica del sujeto*, el discurso médico con respecto a los AHF es persuasivo e induce a la acción. Con relación a los AHF, el discurso médico se ha llegado a interiorizar tanto en las mujeres, que el anticonceptivo trasciende su calidad de medicamento y pasa a ser una necesidad, un hábito diario y un derecho. El consumo es voluntario y muchas veces anhelado, no solo para controlar la fertilidad, pero para liberarse de los “padecimientos” e inconvenientes que los ciclos asociados a ella traen. El discurso médico sobre los AHF tiene elementos de racionalidad de poder que no solo establecen lo que es verdadero, sino que también prescribe lo que hay que hacer. En palabras de Foucault (2001), sobre estos tipos de discursos:

Son persuasivos en el sentido de que entraña no solo la convicción sino los mismos actos. Son esquemas inductores de acciones que son tales, en su valor y su eficacia introductora, que a partir del

momento en que se presentan – que están presentes en la cabeza, el pensamiento, el corazón, el cuerpo mismo de los que posee-, pues bien, su poseedor actuará como si lo hiciera espontáneamente. (p.311)

Al pasar la sexualidad a ser asunto del quehacer médico y problemática de la salud pública, el médico, sobre todo el o la ginecóloga, se convierte en la autoridad moral prescriptiva no solo de medicamentos, pero del deber ser de un sujeto sexual. Como lo proponen Castro y Erviti (2015), hay una clara inclinación a la prescripción de anticonceptivos hormonales femeninos como eje de la planificación familiar. Y, tales prescripciones, en palabras de los autores:

... no hacen en el fondo, sino reproducir con plena espontaneidad los mecanismos de reasignación de las mujeres a sus papeles de agentes destinados sobre todo a la reproducción y a hacerse cargo de manera individual de la responsabilidad sobre ella. (p201)

Es decir que, esta inclinación médica lo que hace es reproducir y perpetuar modelos que excluyen a los hombres como actores en la reproducción de la especie. Sigue habiendo un predominio sobre los cuerpos femeninos en el tema del control de la natalidad. Sobre esto podría apelarse que es porque es la mujer la que queda embarazada, pero ojo con eso. La gestación y embarazo sí se da únicamente dentro del cuerpo femenino, pero el acto reproductivo deviene tanto del cuerpo femenino como masculino.

Castro y Erviti (2015) hacen un apunte muy valioso sobre esta inclinación a ejercer el control de la natalidad sobre los cuerpos femeninos.

Ellos muestran que, la razón es básicamente por la “asignación diferencial de responsabilidades a varones y mujeres en distintos ámbitos de la vida cotidiana y en particular en la reproducción, expresión del orden corporal hegemónico que refleja y condiciona las decisiones reproductivas y las orientaciones médicas sobre la materia” (p206), lo cual sigue vigente⁵. Es vital recalcar en este punto el papel del médico en la toma de decisiones anticonceptivas de una mujer, pues muchas veces se dan en el contexto de la consulta médica. Dicho por los autores:

La creación de nuevas tecnologías anticonceptivas para hombres requiere la desestabilización de las convencionales identidades de género. La innovación en tecnologías anticonceptivas no es sólo la historia de la invención de éstas, sino que es una historia acerca de la construcción y emergencia de nuevas identidades, así como de un orden social y corporal diferente que involucra a amplios sectores sociales entre los que los profesionales médicos ejercen un papel central. (p226)

El último aspecto por retomar de la propuesta de Erviti & Castro, es que las prescripciones médicas relacionadas a la sexualidad y la anticoncepción, no solo tienen un trasfondo biológico, si no que son reflejo de significados sociales y cargas morales que nacen y se reproducen socialmente.

⁵ Los autores exponen el ejemplo de la vasectomía masculina, la cual es menos riesgosa y menos costosa que la OTB femenina. Sin embargo, es más común la esterilización femenina, lo cual no puede explicarse de otro modo que por una lógica rastreable en las desigualdades de género con respecto a la anticoncepción.

El postulado “todo se transforma para que nadie cambie” (Guash, 2007, p. 81) propone que existe un mecanismo del poder de reproducirse y perpetuarse mediante la transformación de la realidad y de las relaciones sociales sin cambiar los efectos coercitivos que existían previo a la transformación. De esta forma, los dispositivos de poder son más sutiles y efectivos, además de que se genera una ilusión de emancipación que disuelve la necesidad de resistir al poder pues aparenta no ser coercitivo.

Acorde con esta propuesta, es de considerar que los AHF, conteniendo una promesa reivindicativa para las mujeres de emancipación al mandato reproductivo, han generado una transformación de la forma en que se vive la sexualidad. Sin embargo, sigue recayendo sobre la mujer la responsabilidad contraceptiva del acto sexual. Manteniendo a las mujeres circunspectas en un papel social vinculado a la reproducción de la especie. Por esto, los AHF no representan un hito para la libertad de la sexualidad femenina propiamente, representan un hito para el control de la fertilidad femenina, lo cual es muy distinto. Se transformó la realidad, pero no el efecto coercitivo. Sigue existiendo un mandato reproductivo hacia las mujeres, que se ha transformado para perpetuarse y en donde el elemento material del discurso corresponde al medicamento (los AHF).

Un aspecto importante a señalar en relación con el manejo del discurso en que las mujeres no eran reconocidas como sujetos sexuales es que esta situación ha cambiado y un indicador de ello es la creación de los AHF, medicamento con el cual las mujeres ahora pueden vivir su vida sexual con una disminución del riesgo de quedar embarazadas. Sin embargo, como se ha

discutido durante todo el texto, los AHF nacen muy distantes de una búsqueda del cuidado de sí y de la erótica. La finalidad de los AHF era, y sigue siendo, controlar la fertilidad femenina y los “padecimientos” asociados a ella. Se han instaurado en la normatividad prácticas que regulan la sexualidad femenina vía los métodos anticonceptivos hormonales. Siguen sin ser las mujeres las gestoras de su fertilidad y sexualidad.

Al reconocer a las mujeres como sujetos sexuales, éstas deberán responder al *deber ser* sexual pues se han convertido en sujetos morales de la sexualidad (Guash, 2007), que como se mencionó anteriormente, está estrechamente asociado a la medicalización (el uso de AHF). El deber ser de la mujer sexualmente activa será consumir los AHF y el del médico recetarlos. Foucault (2012) propone que estos discursos y modelos de sexualidad se sostienen por: “la formación de saberes que se refieren a ella, los sistemas de poder que regulan su práctica y las formas según las cuales los individuos pueden y deben reconocerse como sujetos de esa sexualidad” (p10).

Es importante denotar aquí que reconocer a las mujeres como sujetos sexuales no quiere decir que sean sujetos de placer. Es más, en este tipo sujeción, lo que se hace es cargarle a las mujeres la responsabilidad sobre la reproducción de la especie y se les sigue excluyendo del derecho al placer relacionado al sexo y la sexualidad.

La libertad de tener sexo sin reproducirse no es el único aspecto que cubrir para hablar de protección de los derechos sexuales (Johnston & Zacharias, 2017). Los AHF representan una libertad pasiva (Foucault, 2012), es

decir, no habilitan necesariamente una libertad de la sexualidad femenina. Es más, los AHF contienen un mecanismo de negación de sí de las mujeres. Los AHF no son una herramienta de gestión de la fertilidad femenina, son un mecanismo de inhibición de la fertilidad femenina. Los AHF siguen una lógica de la validación del *ser* mujer a través de, lo que Foucault (2012) llama, *la virilidad virtuosa de la mujer*. Este medicamento no es un reconocimiento de la fertilidad femenina, es un intento de aproximación de la sexualidad femenina a la masculina. La mujer como sujeto sexual es validado socialmente mediante la búsqueda de alcanzar la virtud masculina asociada a la libertad sexual de no poder embarazarse.

Este panorama se hace más complejo cuando se habla de la percepción del *ser* mujer y lo femenino. Es necesario que se recalque que no se busca definir lo que se entiende por *ser* mujer y lo femenino, pues esto no es contenible en una definición única y estática. Pero, el hecho de que se le atribuyan cualidades entendidas socialmente como buenas o malas al *ser* mujer y lo femenino (como lo es la fertilidad femenina) afecta a todas las personas. Esto es un tema que incluye a toda la humanidad, sin importar el género en el cual se encasille a una persona, o con el cual una persona se identifique. Todos los seres humanos tenemos femineidad intrínseca en el sentido social, biológico y espiritual. Entonces, como se perciba moralmente lo femenino va a afectar la experiencia vital individual y social de todo ser humano. En este sentido, con toda seguridad los AHF contienen un problema bioético urgente a ser atendido.

Este problema se gestó desde la invención de la píldora anticonceptiva, fortalecido por el discurso que hizo posible hacer de este medicamento un producto exitoso. Discurso que, disfrazado de protección, libertad y salud, patogeniza y medicaliza la fertilidad femenina. Este medicamento implica un riesgo muy alto para quien lo consume, a nivel físico y psicológico. Más aún, los AHF son recetados para problemas para los cuales no son la solución. Se hace evidente la necesidad de deconstruir la perspectiva negativa cortesía de los AHF que se tiene de la fertilidad femenina para incidir en el problema. Para esto, en el siguiente capítulo voy a proponer las bases teóricas para fundamentar de manera bioética una nueva perspectiva que habilite una gestión de la fertilidad femenina más saludable y consciente, que apunte al respeto y al ejercicio de la autonomía.

Capítulo II: Concepciones que fundamentan de manera bioética la fertilidad femenina

Gracias al capítulo anterior se demuestra que hay un problema bioético desatendido derivado de los AHF. Se pudo ver cómo desde la base de su invención, mercantilización y aceptación social, hay una serie de concepciones y discursos que han edificado y perpetuado una perspectiva negativa de la fertilidad femenina. Esta perspectiva promueve una vida que no puede calificarse de saludable y destierra a las mujeres de su propio cuerpo. En últimas, despojándolas de una vivencia consciente y plena de su fertilidad, más ampliamente, de su sexualidad. En este capítulo voy a proponer una base teórica que nos permita deconstruir dicha perspectiva. Para entonces construir, desde una fundamentación bioética, una nueva forma de entender la fertilidad

femenina que habilite el (re)conocimiento de sí, el poder de ejercer la autonomía, libertad y responsabilidad, y en últimas, que promueva una ética médica y una ética de cuidado de sí con respecto a la fertilidad centradas en la gestión, no en el control.

I. Sobre la fertilidad

i. Historia de la concepción de la fertilidad: de la mitología a la medicalización

La fertilidad ha formado parte de los relatos que construyeron la civilización. La fertilidad supera la condición y función biológica, es un fenómeno social e incluso más que social. La fertilidad dio a luz a ciertos mitos que a su vez determinaron la forma en que se significó la fertilidad, que luego se reinterpreta, construyéndose nuevos mitos, que en cierto punto se convierten en verdades sobre la fertilidad. La cultura, donde caben los mitos, se compone de mecanismos de supervivencia y también proveen de significado a la realidad que en último es lo que llamamos verdad. Las verdades que construimos sobre la vida, la muerte y la creación, a partir de mitos que vamos demostrando o descartando, gracias al avance científico, son un intento inacabado de dar respuesta a preguntas que no logramos responder de manera satisfactoria (Behjati-Ardakani *et al.*, 2016).

Es importante tomar en cuenta que el mito no solo explica una situación, también le da tinte moral a la situación que explica. Por lo cual, la desmitificación de un relato puede explicar el funcionamiento real de un fenómeno, pero no necesariamente libera de la carga moral e imaginario social que dejó como herencia el mito. Para desmitificar un relato, se parte del mito

como fuente epistemológica para crear el conocimiento que lo desmitifica. El mito genera una relación emocional con el fenómeno que trató de explicar, que no se rompe solo porque la ciencia explique de manera “objetiva” el fenómeno. Quizás no heredamos del mito las explicaciones, pero sí la afectividad y moralidad con respecto a ciertos fenómenos, como la fertilidad femenina.

En el arte, la mitología, religiones y tradiciones se reflejan las necesidades, deseos y creencias de un grupo. En las civilizaciones más antiguas ya se podía reconocer el vínculo de la fertilidad con la cultura; símbolos y diosas de la fertilidad son tan antiguos como los relatos mitológicos sobre la creación. Esto se debe a que la fertilidad tiene una profunda y fuerte relación con el deseo perenne humano de trascendencia (Behjati-Ardakani *et al.*, 2016). La fertilidad es un puente que nos conecta con la posibilidad de trascendencia, es una encarnación del poder creador, conecta nuestra parte biológica (perecedera) con la inmortalidad, es lo que nos asemeja a Dios(es): la capacidad de dar vida.

En el inicio de los tiempos eran las diosas agentes de poder y gobierno, por su capacidad creadora. Había, y sigue habiendo, una analogía entre las mujeres y la tierra (la madre tierra). Luego, empieza a transformarse la concepción de la fertilidad, a través de deidades femeninas⁶, pero se transfiere la capacidad creadora a lo masculino (Behjati-Ardakani *et al.*, 2016). Se deja de

⁶ El hecho de asociar tan estrechamente la fertilidad con las mujeres podría explicar porqué se sigan considerando a las mujeres como las primeras sospechosas en el aumento de la infertilidad humana (Behjati-Ardakani *et al.*, 2016).

ver el cuerpo de la mujer como un símbolo del poder creador y pasa a ser un receptáculo, un contenedor que facilita y cuida la vida.

Este último pensamiento se alimenta desde varias fuentes. Algunas que recalca Barriga-Jiménez (2013) son Aristóteles, que consideraba que las mujeres eran seres humanos de segunda categoría y con un rol pasivo. Aristóteles fue uno de los padres del pensamiento occidental, y nos sigue atravesando la cultura y visión del mundo. Otra fuente es el cristianismo, donde el rol de la mujer en la reproducción de la especie, y en la sociedad, es pasivo. Otra fuente, aún más nociva, son algunas interpretaciones de los ideales del amor platónico, que surgen en obras artísticas como Don Quijote, en donde la mujer pasa de tener un rol pasivo a tener un rol ausente. Como si fuera poco, patologizaciones de la condición femenina, como la histeria de Freud, empiezan a colocar a los ciclos asociados a la fertilidad femenina como padecimientos, al cuerpo femenino como un cuerpo enfermo y en últimas, a la mujer como un ser con facultades limitadas para ser autónoma. Bajo esta línea llegan los AHF, presentados como un agente salvador de la condición que enferma a las mujeres: su ciclo fértil, fosilizando el pensamiento de que la fertilidad es algo que debemos controlar. Esto último no solo afecta la visión social sobre la fertilidad femenina, pero afecta el imaginario de la misma mujer con respecto a su propio cuerpo y fertilidad.

Ahora, como lo plantea Martin (1991), en el discurso biológico y médico hay más que conocimiento del mundo natural; hay creencias y prácticas culturales. La cultura da forma al cómo los científicos describen la realidad, y hay que resaltar el peligro de esto: si un estereotipo se contiene en la

descripción de la fertilidad, es decir que se describe el estereotipo de manera celular y a partir de un discurso presuntamente objetivo e imparcial, hace que haya una apropiación más profunda del estereotipo. El estereotipo se verá justificado y perpetuado gracias a la ingenuidad de pensar primero, que el conocimiento científico no se genera a partir de personas con una visión de mundo particular, y segundo, que las descripciones que se hacen del conocimiento creado no contienen valores culturales.

Entonces, ¿cuál es el relato que se cuenta sobre la fertilidad femenina a partir del discurso médico? Como lo explica Martin (1991), la fertilidad femenina se ha presentado como un aspecto únicamente biológico, asociado solamente a la reproducción de la especie y de índole pasivo. Se ha pensado que el cuerpo de las mujeres está diseñado para ser fertilizado y para propiciar un espacio apto para el desarrollo del embrión. Se presenta el ciclo femenino como una empresa de reproducción, entonces la menstruación se ve como un fracaso, un producto de no uso. El ovulo se describía como un ente pasivo que estaba esperando a cumplir su propósito gracias a la penetración de un espermatozoide heroico y vencedor, el cual se pensaba ya contenía codificado por completo a un ser humano, el óvulo solo aportaba el espacio para cuidar al embrión. Se pensaba que el ovulo tenía una barrera impenetrable que el espermatozoide lograba romper gracias a enzimas y químicos que secretaba. En realidad, el espermatozoide no tiene la fuerza mecánica para romper la membrana del ovulo, y requiere de una interacción con los compuestos químicos del ovulo para efectivamente poder ingresar (Martin, 1991).

Es hasta en 1978 que se revela que la membrana del ovulo está diseñada para atrapar al esperma y prevenir su escape, y que es el ovulo el que permite el ingreso del espermatozoide (escogiéndolo por su compatibilidad y viabilidad) (Martin, 1991). Este conocimiento, a pesar de tener tantos años de haber sido descubierto, no ha cambiado la forma en que se sigue representando y relatando el proceso de fecundación; se sigue presentando al ovulo como un ente receptor de vida que espera pacientemente a ser fecundado. Se sigue viendo a las mujeres como sujetas pasivas de la reproducción, pero sobre las cuales recae total responsabilidad. Esto manifiesta un problema a superar y es la desinformación que oculta el conocimiento que la ciencia aporta y que de darlo a conocer de manera contundente rompe parámetros médicos, sociales e inevitablemente culturales. Con la medicalización de la sexualidad, y puntualmente con los AHF en los años 60, se circunscribe a la fertilidad femenina como un aspecto meramente biológico que le compete únicamente a la medicina y que debe ser controlado. Ahora, todo esto debe ser deconstruido con miras a una fertilidad liberadora, transformadora y elevada.

ii. El lenguaje como punto de partida del proceso de deconstrucción

Es imposible imaginar un lenguaje sin cargas culturales, pero sí es posible encontrar palabras más atinadas que describan un fenómeno de tal manera que la carga moral no sea negativa. Considero que, como punto de partida para el proceso de deconstrucción de la perspectiva negativa que se tiene de la fertilidad femenina, debemos empezar a nombrar algunas de sus partes de forma más apropiada.

Empecemos con el término *ciclo menstrual*. Tomar a la menstruación como eje central de la fertilidad femenina, pone la mirada en el aspecto menos relevante. Con esto no quiero decir que la menstruación no sea importante, pero no es el evento y expresión más significativa de la fertilidad femenina. En realidad, la menstruación gira en torno y depende de un evento sustancialmente más relevante: la ovulación. Poner nuestra atención en la ovulación hace que tengamos que analizar de manera más profunda la danza de hormonas que sucede en los cuerpos femeninos, y asocia a la fertilidad al poder creador y no al “producto de no uso” (como se ha pensado a la menstruación). Por esto propongo que de ahora en adelante hablemos de ciclo ovulatorio.

Otro lugar donde tenemos que hacer incisión lingüística es en algunas de las partes del aparato genital y reproductor femenino (ver imagen 1 y 2, anexo 4, como referencias ilustrativas). Vamos a centrarnos en los términos glándulas de Bartolino, glándulas de Skene, trompas de Falopio, himen, labios menores, labios mayores, vagina y vulva. Los primeros tres términos deben su nombre a las personas que describieron por primera vez esas partes del sistema reproductor-genital femenino. Si bien es cierto que es meritorio el hecho de generar conocimiento, y personalmente soy partidaria de celebrar a los y las científicas que contribuyen al entendimiento del mundo, considero que no debería de apropiarse el nombre de una parte del cuerpo que le pertenece solo a la habitante de ese cuerpo. Propongo que de ahora en adelante se nombren a las Trompas *de Falopio*, Trompas o Tubas uterinas, a las glándulas

de Bartolino, glándulas vestibulares o lubricadoras, y a las glándulas de Skene, glándulas eyaculatorias o parauretrales.

Ahora, quiero que pensemos sobre los términos labios menores, labios mayores e himen. Por su parte, los labios mayores se disponen de manera más externa en la vulva que los labios menores. Esta denominación supone que hay una normalidad, una forma y tamaño correcto de los labios vaginales. Esto es irreal, no necesariamente todos los labios vaginales, de todos los cuerpos, se disponen de dicha manera. Propongo que de ahora en adelante hablemos de labios externos y labios internos para romper con la idea de que existen cuerpos incorrectos, cuerpos anormales o cuerpos patológicos. Por otra parte, himen en latín hace referencia al matrimonio y se asocia al honor (Alarcón, 1997), por lo cual propongo que de ahora en adelante le nombremos membrada vaginal.

Finalmente, consideremos los términos vulva y vagina, ambos provenientes del latín. Primero, la palabra vulva también se nombraba "*pubendum muliere*" y "*feminae pudenda*", quiere decir, el pudendo femenino. En el sentido en que pudendo hace referencia a algo deshonroso y a la vergüenza, la vulva es la deshonra y causa de vergüenza de las mujeres. Segundo, vagina significa vaina, estuche, envoltura (Alarcón, 1997). Si bien de momento no tengo una propuesta contundente para nombrar estas partes corporales, es vital que sepamos la carga moral que tienen estas palabras y resignificarlas a la hora de utilizarlas, para "retorcer el cuello del lenguaje hegemónico apropiándose de su fuerza performativa" (Preciado, 2002, p.24).

iii. Contra-fertilidad – una apuesta contra-sexual (Paul B. Preciado)

Paul B. Preciado propone una deconstrucción de la sexualidad a partir del cuestionamiento de la norma, la cual nos permita asumir nuestra propia vivencia. Se ubica a la desnaturalización como mecanismo de deconstrucción, reconociendo a la contra-productividad como la forma más eficaz de resistencia: la producción de formas de placer-saber alternativas a la sexualidad moderna. El propósito no es crear una nueva naturaleza, si no ponerle fin a la naturaleza como orden que legitima cierta sujeción de ciertos cuerpos. En otras palabras, dejar de naturalizar mecanismos de control sobre los cuerpos y dejar de calificar como naturales los argumentos que justifican y perpetúan dicho control. Esto con el fin de reconocer a los sujetos como cuerpos parlantes, dando validez y reconociendo el valor de sus vivencias.

Preciado (2002) afirma que el deseo, la excitación sexual y el orgasmo son productos de una tecnología sexual que identifica a los órganos reproductivos (los genitales) como los únicos órganos sexuales. Hay un aislamiento de ciertas partes del cuerpo que van a ser convertidas en significantes sexuales. A través de esta interpretación, se inserta al cuerpo en una determinada perspectiva que le dota de significación para la política social. Esto pasa en términos de la fertilidad, la cual ha sufrido una sexualización, pensándose que su virtud es la reproducción, lo cual es realmente limitante.

El mismo autor sostiene que las hormonas *sexuales* (testosterona, estrógeno, progesterona) son y deben considerarse como drogas político-sociales. Estas son poderosas metáforas políticas cuya definición y control no deberían dejarse en manos ni del Estado, ni de las instituciones médicas y

farmacéuticas heteronormativas. Pero son custodiadas justamente por dichos entes a través de dispositivos de poder, como los AHF. Entonces, la fertilidad femenina se verá sujeta a través de tecnologías sociales y políticas de control: se le otorgará una determinada carga moral y se le prescribirá un deber ser que será vigilado, mediado y controlado por la medicina.

Entonces, la contra-fertilidad viene siendo un derivado de la propuesta de Preciado, que nos permite tres acciones. Primero, ponemos en evidencia que el significado negativo que se le ha dado a la fertilidad femenina, validada y fosilizada por tecnologías y dispositivos de poder como los AHF, no son de carácter natural ni puede ser justificado a partir de la Naturaleza. Segundo, se habilita la búsqueda de una amplitud del entendimiento y vivencia de la fertilidad femenina. Es decir, dejar de ver a la fertilidad dentro de la virtud reproductiva, dessexualizarla, y aproximarnos a ella como una experiencia vital del cuerpo parlante que vive la fertilidad femenina. Tercero, develamos la necesidad de plantear nuevas formas de saber sobre fertilidad femenina, y crearlas considerando los dos puntos anteriores.

De todo lo anterior quiero agregar que la fertilidad femenina tiene muchas dimensiones: biológica, cultural, social, política, económica, bioética y espiritual. Negar su complejidad y reducirla a una funcionalidad reproductiva, tiene implicaciones negativas importantes. Primero, priva a las mujeres del derecho de auto-conocerse, lo cual es vital para llevar a cabo una vida virtuosa (concepto que abordaremos más adelante). Además, se niega el poder creativo, el poder de crear, que ofrece la fertilidad. A esto me refiero a que todas las hormonas vinculadas a la ovulación son las mismas que nos ofrecen

agilidad mental, buen funcionamiento del cuerpo, buen ánimo y apetito por vivir, lo cual es fundamental para transitar la vida y el mundo. Asimismo, la mirada reduccionista de la fertilidad genera negligencia por parte de la medicina a la hora de afrontar desbalances hormonales del cuerpo femenino, negligencia que resulta muy peligrosa para la salud de las mujeres. Es momento de que vivamos y estudiemos la fertilidad de manera consciente, reconociendo su complejidad e importancia. La fertilidad es mucho más que la capacidad de embarazarse.

II. Gestión de la fertilidad

Como se ha mencionado en todo el texto, los AHF están diseñados para controlar la fertilidad, son un dispositivo de resistencia funcional al poder hegemónico heteronormativo, que ejerce fuerzas coercitivas sobre la sexualidad femenina. En este apartado, vamos a abordar el tema del poder, el control y el dispositivo desde el trabajo de Foucault, para luego contra poner el control de la fertilidad a una gestión de la fertilidad a partir de la perspectiva de la ginecología autogestiva.

- i. “Piensa que es libre porque anda suelto mientras arrastra la soga al cuello” (Manuel, 2012) o el control de la fertilidad

Foucault en su obra, particularmente en *Vigilar y castigar* e *Historia de la sexualidad I Voluntad de saber*, muestra como el poder se ha *fractalizado* y enraizado en las esferas más íntimas: en nuestro cuerpo y en nuestra sexualidad. Esto es lo que ha hecho tan exitoso al poder: que se ha descentralizado, y ahora se encuentra en todas partes. Incluso se encuentra en el propio sujeto que se autogobierna a través de discursos y dispositivos que se

instauran en él, quien los reconoce como propios y así se conduce y vive de manera funcional al poder de manera voluntaria.

El cuerpo causa tanto anhelo para el poder porque es a través de este que el sujeto experimenta su vida y se conduce en el mundo. Es a través del control del cuerpo que se generan sujeciones, por ende, sujetos. De ahí que el objeto y blanco del poder sea justamente el cuerpo. Ahora, ¿qué tipo de cuerpos necesita el poder? Necesita cuerpos dóciles y útiles, que permitan un control minucioso para garantizar la sujeción constante. Lo que se considere útil dependerá del contexto y aspiraciones del poder. En el caso del cuerpo de las mujeres, antes de la explosión demográfica se consideraba un instrumento necesario para procrear. Llega un punto en que la necesidad con respecto al cuerpo femenino es otra. Ya no se necesita más producción de hijos, pero se necesita más producción económica. Es decir, ya no se necesitan madres, se necesita más mano de obra, lo cual se habilita gracias a los AHF, ya que estos prevendrán el embarazo y maternidad, eventos no productivos económicamente hablando, con lo cual las mujeres podrán trabajar: habrá más mano de obra disponible.

Los métodos que permiten el control del cuerpo y garantizan la sujeción constante a través de una relación docilidad-utilidad instaurada en el cuerpo, es lo que llama Foucault: las disciplinas. Para encausar el poder en el cuerpo, y en últimas en el sujeto, se construyen ciertos discursos que justifican sujeciones, y convencen al sujeto de seguirlo siendo. Discursos que serán vigilados, controlados y validados por las disciplinas, que luego serán apropiados por el sujeto, quien seguirá procurando que el poder siga en sí mismo y se volverá

vigilante (*policía*) de la sujeción del otro a través de distintos mecanismos. Por ejemplo, se construye el discurso de que todas las mujeres deben consumir AHF, justificado y vigilado por la medicina (disciplina), que me convence a mí (sujeto) de tomar el medicamento (dispositivo). Luego yo como sujeto, convencida de que todas las mujeres deben tomar AHF, no solamente tomo el medicamento, pero además invito a mis amigas a tomarlo y juzgo como retrógradas e ignorantes a las mujeres que no quieran hacerlo. Las disciplinas hacen del poder aún más rápido, eficaz y ligero: al poder ya no se le obedece, ahora se le toma en pastillas (Sztajnszrajber, 2017).

Esta forma de entender las disciplinas nos deja ver cómo éstas se convierten en productoras de saber, justificadoras y perpetuadoras de sujeciones, para bien y para mal. Las disciplinas buscan un ejercicio del poder lo menos costoso posible, lograr el mayor alcance y extensión del poder y el mejor rendimiento de los dispositivos de poder. Además, deben de “neutralizar los efectos de contrapoder que nacen de ellas y que forman resistencia al poder” (Foucault, 2020, p.132). Las disciplinas hacen que el poder ya no recurra a la prohibición, pero ahora se trata de la normalización. A través de la normalización, ya no se genera una rebeldía o resistencia del sujeto al poder. El poder le permite al sujeto hacer lo que él quiera, pero de manera normalizada. El poder se vuelve más elegante, menos costoso y violento, teniendo un mayor efecto de utilidad a un menor costo. En palabras de Foucault (2002):

El momento histórico de las disciplinas es el momento en que nace un arte del cuerpo humano, que no tiende únicamente al aumento de sus

habilidades, ni tampoco a hacer más pesada su sujeción, sino a la formación de un vínculo que, en el mismo mecanismo, lo hace tanto más obediente cuanto más útil, y al revés. (p.84)

Aplicado al tema del presente trabajo de grado, podemos identificar a la medicina como la disciplina donde se ha centralizado el control y vigilancia de los cuerpos. Específicamente con respecto al cuerpo femenino se ha construido una norma de cómo deben de vivir las mujeres su sexualidad y cómo se debe manejar la fertilidad, a nivel global e individual. En la medicina no solo se ha centralizado el poder de los cuerpos, la sexualidad y fertilidad, pero esta disciplina se ha apropiado, de manera excluyente, del saber y producción de saber con respecto a estos fenómenos. Y, como lo dice Foucault (1998): “el solo hecho de que se haya pretendido hablar desde el punto de vista purificado y neutro de una ciencia es en sí mismo significativo” (p.33).

Un punto interesante, es que la medicina, además de producir saber y sujetos, juega un rol muy importante de vigilancia. La consulta médica resulta un confesionario, en donde se indaga sobre la vida del sujeto, qué hace, qué no hace, si obedece o si no lo hace, con preguntas que superan las condiciones de salud del paciente. Como lo dice Foucault (1998): “La confesión fue y sigue siendo hoy la matriz general que rige la producción del discurso verídico sobre el sexo” (P39). Con respecto a la sexualidad y fertilidad, resulta de la misma manera. En una visita ginecológica es normal que se pregunten cosas como ¿cuántas parejas sexuales has tenido?, y ¿qué método anticonceptivo estás utilizando? Esta segunda pregunta se plantea tal cual,

asumiendo que la paciente debe de o estar utilizando un AHF o intentando quedar embarazada.

La disciplina hecha mecanismo se llama dispositivo. El dispositivo, para Foucault, y explicado por Agamben (2011), es un conjunto de elementos, producto de las relaciones de poder-saber, que permiten el sostenimiento de relaciones de poder de manera estratégica. Estos elementos pueden ser discursos, instituciones, políticas, ideologías e incluso medicamentos. Dispositivo es “todo aquello que, de una manera u otra, tiene la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivos” (Agamben, 2011, p.257). Es a través de los dispositivos que pasamos de seres vivos a sujetos, siendo estos últimos el resultado de la relación viviente-dispositivo. Es a partir de esto que se generan cuerpos “libres” pero dóciles, asumiendo su identidad y “libertad” de sujetos. Y he ahí “la ironía del dispositivo: nos hace creer que en ello reside nuestra “liberación”” (Foucault, 1998, p. 95). Esto es lo que demuestra que los AHF son un perfecto dispositivo. Como se discutió en el capítulo 1, el medicamento se muestra como, y se cree ser, un ente sanador y libertador de las mujeres, pero en fondo hace todo lo contrario, es contraproductivo y funcional al poder.

Un dispositivo exitoso es aquel que mejora el ejercicio de poder (lo hace más rápido, ligero y eficaz), son instrumentos de regulación y vigilancia desde entes externos hacia el sujeto y del sujeto hacia sí mismo, “garantiza una distribución infinitesimal de las relaciones de poder” (Foucault, 2002, p.131). Esta vigilancia es vital para el poder ya que, en palabras de Foucault (2002):

“...para ejercerse, este poder debe apropiarse de instrumentos de una vigilancia permanente, exhaustiva, omnipresente, capaz de hacerlo todo visible, pero a condición de volverse ella misma invisible” (P129).

Con respecto a dispositivos como los AHF y a los discursos que apelan que el daño que causan depende de su uso, Agamben señala lo siguiente (2011):

La vanidad de esos discursos sobre la técnica atiborrados de buenas intenciones pretende que el problema de los dispositivos se reduce a su buen uso. Estos discursos parecen olvidar que si un proceso de subjetivación (y, en nuestro caso, un proceso de desubjetivación) corresponde a cada dispositivo, es a todas vistas imposible que el sujeto del dispositivo lo utilice de “manera correcta”. (p.262)

Este fondo conceptual y teórico es bajo el cual se sostiene el acto de control de la fertilidad cuando hablamos de los AHF. ¿Qué contrapropuesta hay para construir una nueva perspectiva de la fertilidad femenina?

ii. La ginecología autogestiva

Contexto-antecedentes

La ginecología autogestiva, o mejor conocida como ginecología natural, es un movimiento sociocultural y político que nace aproximadamente en el 2008. Esta fecha se toma como referencia a partir de un proyecto fundado por Pabla Pérez San Martín, socióloga y partera tradicional chilena, llamado *Ginecosofía. Sabiduría Ancestral de las Mujeres*. Como antecedentes se tienen muchos, pero su principal deriva es el movimiento *self-help* que nace del Movimiento por la Liberación de las Mujeres que se da entre los años 1960 y 1970 (Calafell, 2019).

El *self-help* nace Boston, EE. UU., en 1969 a partir de un taller que dan 12 mujeres llamado “Mujeres y sus Cuerpos”, donde se habló de manera pública temas que se pensaban correspondían a lo privado y a la medicina: sexualidad femenina, anatomía del cuerpo femenino, el aborto, enfermedades venéreas, el conocimiento del cuerpo, uso de anticonceptivos, y la necesidad imperativa de que las mujeres se empoderen de su propio cuerpo y salud. Esto da lugar a un libro emblemático para el movimiento de ginecología autogestiva: *Nuestros Cuerpos, Nuestras vidas*, en donde se abordan todos los temas tratados en el taller (Boston Women's Health Book Collective, 2013). Este movimiento se preocupa por denunciar las relaciones de poder y victimización que han recaído sobre el cuerpo femenino a partir de un análisis crítico de la ginecología y de su terapéutica centrada en la utilización desenfrenada de hormonas sintéticas que tienen graves consecuencias en la salud de los cuerpos femeninos (Nissim, 1985).

Tomando en cuenta sus antecedentes, hablemos ahora propiamente de la ginecología autogestiva (GA). Según Calafell (2019), este movimiento abre un debate crítico sobre la administración de la salud de los cuerpos femeninos, el papel de la clínica y las relaciones de género. Se apela a la necesidad de vivencias más positivas sobre la experiencia de la fertilidad y de una reescritura del cuerpo femenino como territorio soberano. La GA propone transformar el modelo de atención biomédico medicalizante propio de la ginecología, mediante prácticas conscientes de descolonización y emancipación de los cuerpos femeninos buscando un cambio de perspectiva: pasar de la higienización a una gestión empoderada de la ovulación. Hay seis principios de

la ginecología autogestiva: “a) la voluntad política y pedagógica; 2) la disputa del saber/poder médico-farmacéutico; 3) el empoderamiento; 4) la experiencia corporal; 5) el conocimiento horizontal, feminista y descolonizante; y 6) el autocuidado” (Calafell, 2019, p.63). Más que abordar y profundizar en estos principios, lo que me interesa es puntualizar los aspectos más relevantes de la propuesta de la GA para esta investigación de grado, sobre los cuales me apoyaré para generar la propuesta del capítulo 3.

La GA tiene un enfoque político y pedagógico. Se reconoce la necesidad de integrar ambos aspectos para realmente cambiar la forma en que se han subjetivado los cuerpos femeninos. Se comprende el saber como poder, y de allí que sea necesaria la alfabetización de las mujeres sobre su propio cuerpo y ciclos como un acto político activo. La pedagogía tiene para este movimiento dos vertientes, por un lado, la necesidad de generar saber alternativo y complementario al de la medicina, hacerlo entendible y accesible para todas las mujeres. Por otro lado, un llamado al mandato ético “conócete a ti mismo”. Se considera fundamental el autoconocimiento y autocuidado como mecanismos emancipadores del cuerpo y la sexualidad femenina. Con respecto al saber generado, que se basa en la propia experiencia de cada persona que habita un cuerpo femenino, Calafell dice (2019):

La principal diferencia con respecto a los vademécum médicos es que estos apartados se presentan como “guías” o “recomendaciones”, nunca como verdades universales y absolutas. Esto enlaza, en primer lugar, con la importancia otorgada al auto-conocimiento y la auto-

observación: yendo de una mirada general a otra particular, se prioriza la atención a cada caso y cada cuerpo de manera personalizada. (p.71)

Sobre la generación de saber alternativo y complementario, quiero rescatar que no se pretende ignorar o despreciar el saber de la medicina, pero se busca reconstruir una historia del cuerpo de las mujeres y ofrecer alternativas a la medicalización hormonal que no sana nuestros cuerpos. En palabras Calafell (2019), la ginecología autogestiva “emerge acompañada de una voluntad de recuperación, de reapropiación de un saber/poder que se considera expropiado” (p.66). Además, se busca el tratamiento de padecimientos de manera natural, a través de la herbología, una adecuada alimentación y un acercamiento metafísico de los padecimientos corporales⁷, y de ser necesario, recurrir a la medicina tradicional.

De aquí que la GA sea una resistencia aliada a la medicina. No niega a la medicina, pero hace un llamado a que tengamos una relación crítica y horizontal con los médicos y con la disciplina, lo cual solo se logra si nos educamos con respecto a nuestro cuerpo. No se trata de estar en contra de la medicina, pero en contra de la patologización, medicalización y mercantilización que recae especialmente sobre los cuerpos femeninos. En otras palabras: “Esta cercanía en resistencia al saber médico, que, en

7 Hacer un acercamiento metafísico de los padecimientos corporales se refiere a considerar las condiciones psicológicas y espirituales de la persona. Calafell (2019) da como ejemplo el dolor menstrual, el cual puede deberse a que el útero esté retrovertido (inclinado contra el recto), consecuencia de infecciones previas (esta es la explicación biomédica), pero también puede deberse a un rechazo a la femineidad de la persona que habita el cuerpo femenino.

definitiva, supone la búsqueda de una nueva alianza con el mismo, basada en los valores de autonomía y empoderamiento personal” (Calafell, 2020, p.71).

La propuesta de formación asociada a este movimiento apunta a un acompañamiento que rescatan los aspectos subjetivos y emocionales de la experiencia, refuerzan lazos de solidaridad con otras mujeres y priorizan el autoconocimiento como fuente de poder. Asimismo, complejiza las relaciones entre secularización, género y educación sexual, al destacar los aportes que provienen de un entramado espiritual. (Felitti, 2018, p.135).

Se pretende que cada persona habitante de un cuerpo femenino aprenda sobre su fertilidad desde sus experiencias cíclicas y cotidianas, y ya no desde las *patologías menstruales*. Un punto interesante de esta propuesta es que es una invitación a conocer y celebrar el ciclo femenino tanto a mujeres como a hombres, pero reconociendo el rol principal que tiene la mujer ya que es quien vive el ciclo en su cuerpo. En palabras de Felitti (2018):

...el discurso de género de este movimiento presenta a mujeres y varones como seres diferentes en esencia, que actúan de acuerdo con sus diferencias biológicas, aunque ambos necesitan integrar sus lados masculinos y femeninos para ser un todo —divino andrógino. (p.140)

Esto va muy de la mano con la postura declarada por *The American College of Obstetrician and Gynecologists* en EE. UU. en el 2015, en donde este comité de obstetras y ginecólogos reconoce a la menstruación como el quinto signo vital. Esta entidad plantea que la menstruación es un reflejo de la salud integral de las mujeres. Se pide a los médicos indagar sobre las anomalías menstruales, antes pensadas como patologías curables con AHF,

pues estas revelan un problema de salud que debe ser atendido. Además, se destaca la necesidad de educar a niñas desde los 7 años y a sus guardianes legales con respecto al tema (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2015).

Un punto fundamental de la GA es que se plantea el saber a través del placer, descentralizando la sexualidad de la genitalidad y la reproducción. Normalmente le prestamos atención a nuestro cuerpo y aprendemos de él, cuando estamos enfermos y vamos al médico, quien nos cuenta la *verdad* de nuestro cuerpo. Este acercamiento a conocer nuestro cuerpo se basa en el miedo y la enfermedad. La GA, nos propone una afectividad distinta a la hora de conocer nuestro cuerpo: el placer. Autoexplorar nuestro cuerpo cuando estamos saludables, por el placer de conocernos, con curiosidad, admiración, cuidado y respeto. Esto habilita una reconfiguración de los procesos de subjetivación que se han producido sobre los cuerpos femeninos (Calafell, 2019).

Esto me parece un llamado a invertir el proceso de *scientia sexualis* y acercarnos más a una *ars erotica*. Foucault plantea en *Historia de la sexualidad I Voluntad de saber*, que en occidente nos hemos aproximado a la sexualidad para generar verdades sobre ella, es decir, a partir de la normalización y disciplinamiento (*scientia sexualis*), en vez de habilitar un entendimiento experiencial y una vivencia ética de la sexualidad (*ars erotica*). Sobre esto Foucault (1998) dice:

En el arte erótico, la verdad es extraída del placer mismo, tomado como práctica y recogido como experiencia; el placer no es tomado en

cuenta en relación con una ley absoluta de lo permitido y lo prohibido ni con un criterio de utilidad, sino que, primero y ante todo en relación consigo mismo, debe ser conocido como placer, por lo tanto, según su intensidad, su calidad específica, su duración, sus reverberaciones en el cuerpo y el alma. (p35)

III. Teoría de la virtud

La corriente ética sobre la cual se basa mi propuesta en el capítulo 3 es la Teoría de la virtud, pero de una manera replanteada, aplicada al contexto actual y específicamente al tema de la fertilidad femenina. Empecemos haciendo una síntesis de la propuesta original de la virtud, la propuesta de Aristóteles. Este filósofo entiende la virtud como hábito que se perfecciona en la práctica, es la justa medida entre dos vicios. Es la práctica, la acción, lo que le da su cualidad de virtud a la virtud. La virtud la aprendemos haciendo; nos hacemos justos practicando la justicia. La virtud se perfecciona y se percibe a través de los actos.

Los actos humanos pueden llegar a corromperse por defecto o por exceso (los vicios), y el bien no se encuentra en ninguno de esos extremos, se encuentra en el medio. Tomemos por ejemplo la valentía. El defecto es la cobardía, el exceso la temerosidad y la virtud es la valentía. Pero el término medio no es una medida estática, depende del sujeto y del contexto. Los opuestos son extremos distantes entre sí, pero también son opuestos al medio. Un valiente parece temerario al cobarde, y un valiente parece cobarde al temerario.

Aristóteles recalca que hay extremos que son menos distantes al medio que otros. A veces el exceso viene de la cosa misma, creando cierta semejanza al medio. La temeridad se parece más a la valentía que la cobardía a la valentía, el temeroso tiene exceso de valentía, el cobarde carece totalmente de valentía. Y según este pensador el vicio más contrario al medio siempre será el más errado. La virtud perfecciona la buena disposición de aquello cuya virtud es y produce adecuadamente su obra propia. Es a través del ejercicio de la virtud que expresamos nuestra esencia virtuosa, que es actuar bien.

La virtud se hace y se es. El ser virtuoso no solo actúa de manera virtuosa, pero está consciente de la virtud de su comportamiento, de lo contrario sería solo un acierto. La obra virtuosa requiere que sea ejecutada por un agente virtuoso con consciencia de su virtud, que sea voluntaria y con ánimo firme e inmovible (que no cambie de opinión).

Por último, Aristóteles reconoce la dificultad de alcanzar la virtud. Además de que la virtud no es cerrada, es un ejercicio, una práctica que se perfecciona. Lo más importante es el camino hacia la virtud y procurar actuar de la mejor manera posible, empezando por apartarse de lo que más se le opone al punto medio. Lo peor no es inclinarse hacia el exceso o el defecto, pero sí hacia lo que se aleja más del medio. Y la medida en que está bien o mal desviarse dependerá del contexto y situación particular. En palabras de Aristóteles (2013): “el hábito medio es en todas cosas laudable, y es menester inclinarse unas veces a los vicios, porque así acertaremos más fácilmente con el medio y con el bien” (p.36).

Es importante replantear y traer a contexto la Teoría de la virtud para que tenga una aplicación acertada al tema de análisis, pues como lo dice Pence (1995), no podemos vivir de manera virtuosa en el contexto actual bajo virtudes de polis aristotélica, puesto se tenían otras necesidades, otras visiones de mundo y otros requerimientos conductuales para la vida en sociedad. Para este mismo autor una de las cosas más valiosas de la Teoría de la virtud es que nos da luces para poder construir una forma de vivir, respondiendo a la pregunta “¿cómo debemos vivir?”, y nos ayuda a tomar decisiones. Nos permite dar respuesta a dilemas éticos y establece una guía para el buen vivir. En palabras de Pence (1995), la Teoría de la virtud entiende:

El bien humano como fundamento y sostén de un conjunto de virtudes. Proporciona una concepción de una vida con sentido. El sentido surge -como las excelencias que son las virtudes, que sustentan el fomento de sociedades racionales- cuando una persona pertenece a una tradición moral que permite un orden narrativo de una vida individual, y cuya existencia depende de normas de excelencia en determinadas prácticas. (p.350)

Una de las críticas que se hace a la Teoría de la virtud tradicional es que los griegos se centraron en virtudes máximas. Comprendiendo estas virtudes como ciertos rasgos del carácter, con el cual se nacía y no podía ser cambiado. Es decir, por más que una virtud máxima (la prudencia) fuera de índole práctica, se cultiva mediante el hábito, si una persona nace con un mal carácter, la persona nunca podrá alcanzar la virtud, podrá dejar de ser muy viciosa mediante la práctica, pero no alcanzar la virtud plena. Sin embargo,

Perce (1995) al respecto dice que ubicar al deber ser en una virtud última niega los mundos posibles futuros y las realidades de cada persona, haciendo que la Teoría de la virtud pierda su aplicabilidad y fuerza. Un acto no se puede juzgar como bueno o malo teniendo únicamente de referencia un único *telos* (propósito) de la humanidad a partir de virtudes máximas, se debe tomar en cuenta el contexto del sujeto, sus afectividades, su motivación, etc. Es decir, algo bueno es algo que es bueno para mí en mi contexto. Entonces,

Las virtudes pueden concebirse como formas de aptitud sobresaliente, y hay innumerables cosas en las que uno puede sobresalir. La idea de que “tenga que” haber un núcleo de toda virtud en realidad supone de manera encubierta que sólo existe una buena forma de vivir o una forma correcta de desarrollo de la sociedad. Pero hay muchos mundos posibles para el futuro. Cada uno tendría diferentes mezclas de instituciones y prácticas, cada uno necesitaría diferentes tipos de virtudes para su desarrollo ideal. (Perce, 1995, p.355)

En breve, la Teoría de la virtud propone una guía para vivir una vida digna de ser vivida, basada en virtudes, es decir, en encontrar la justa medida que nos hará virtuosos. Es una búsqueda y no un ideal acabado, además de que dependerá del sujeto y su contexto. Es de vital relevancia el papel que tiene la convicción en esta teoría. La ética se entiende como esa dimensión que nace de dentro del sujeto y se sostiene sobre la convicción y voluntariedad-libertad de acción. Otro punto importante para resaltar es la naturaleza práctica de la propuesta, es decir, tenemos la posibilidad de mejorar nuestra vida todos los días, creando hábitos que nos hagan más virtuosos y por consiguiente más

felices. Aunque aquí no se trata de detenernos en lo que es la felicidad humana, sólo cabe señalarla, en el sentido aristotélico, como fin humano.

Ahora, aplicando esta perspectiva de la virtud a la gestión de la fertilidad, necesitamos pensarla desde un aspecto más global en donde se contiene la fertilidad: la sexualidad. La virtud de la sexualidad respondería a encontrar la justa medida que permita vivirla de una manera virtuosa. Los vicios de esta virtud corresponderían a su defecto: demonizar la sexualidad (ver al acto sexual desde un enfoque genital, algo malo y condenable), y su exceso: el libertinaje y la sexualización de todo aspecto.

En cuanto a la fertilidad, lo que se busca es una vivencia virtuosa de la fertilidad. La virtud sería entonces la soberanía de la fertilidad, y sus vicios, por un lado, una responsabilidad totalmente puesta en el sujeto, asumiendo que este es el único incidente y con la capacidad, derecho y responsabilidad de tomar decisiones sobre su cuerpo. Por otro lado, poner en el otro (el saber médico y la medicina) todo el conocimiento, responsabilidad y toma de decisiones con respecto a la fertilidad. A esta balanza de virtud la llamaré: fertilidad soberana (el justo medio), fertilidad medicalizada (defecto), fertilidad aislada (exceso). A lo que me refiero con fertilidad soberana, es poner al sujeto como eje central, pero considerando e integrando las condiciones externas. El cuerpo debe ser territorio soberano del sujeto que lo habita, quien tiene el derecho y deber de conocerlo y cuidarlo. Vivir la fertilidad de manera soberana quiere decir que ponemos en balanza nuestra individualidad, el saber a partir de la propia vivencia y experiencia, junto con el contexto social en el que se

vive, el saber científico y la medicina, para encontrar una vivencia plena y saludable de la fertilidad.

Para hablar de fertilidad soberana, y cerrar este capítulo, necesitamos referirnos a tres conceptos: autonomía, libertad y responsabilidad.

IV. Autonomía, libertad y responsabilidad

Desde la bioética principialista se entiende a la autonomía como la capacidad que tiene una persona de autogobernarse, de manera libre y responsable. En su propuesta Beaucamp & Childress (2001) dicen que para que se considere autónomo, el sujeto debe de estar libre de presiones y controles externos que influyan en su actuar. Personalmente pienso que siempre estamos sujetos por presiones y controles externos, por lo cual no considero esto último necesario para ser autónomo(a). Será autónomo quien logre reconocer y sopesar esas fuerzas que le presionan y controlan a la hora de tomar una decisión.

La persona autónoma obra de manera libre e intencional acorde a un plan elegido por si misma de manera informada. Esto implica dos asuntos: uno, el imperativo de conocerse a sí mismo y hacerse responsable de las propias decisiones de manera libre, y dos, la demanda a profesionales de la salud, pedagogos u otros facilitadores de información, a ofrezcan toda la información de manera veraz, eficaz, sin intención más que informar adecuada, suficientemente, y en beneficio de quien estén informando. El rol de los agentes terceros de la persona autónoma radica en el respecto a la autonomía: siempre favorecer y promover el ejercicio de la autonomía personal (Ferrer, 1998).

Segundo, el concepto de libertad sobre el cual me baso proviene de la propuesta de *Libertad creadora* de Korn. Básicamente, la libertad no es absoluta y cerrada, es un ejercicio. En sus palabras: “la libertad es lograda por la acción – es nuestra soberana voluntad” (Korn, 1994, p.150). Y es a través de la libertad que el ser humano logra la expresión más genuina de sí. De allí que para ejercer nuestra libertad debemos conocernos, y es a través de las acciones libres (sin coerción) que afirmamos nuestra esencia, nuestra autenticidad, nuestra verdad, nuestra virtud. Es necesario: “perseguir la emancipación de toda servidumbre, es decir, su liberación como finalidad última y común. Libertad relativa en cada caso, libertad absoluta como meta ideal” (Korn, 1994, p.145). La libertad es una experiencia que se realiza en la acción; se manifiesta en acciones libres (basadas en la convicción y voluntariedad) que permite al sujeto crear sus propios valores, son acciones con las cuales el sujeto se identifica y siente que su esencia es ratificada en ellas (Arpidi, 1987).

Finalmente, vamos a entender la responsabilidad como la capacidad y deber de un sujeto de dar cuenta de sus actos, de dar cuenta de sí mismo (Polo, 2019). La responsabilidad, tiene tres aristas: una ética, una moral y una legal. Primero, la responsabilidad ética se deriva de la existencia, del mero hecho de existir y ser conscientes del mundo en que vivimos. Es decir, poder responder por nuestra propia existencia. Segundo, la responsabilidad moral es la capacidad de rendir cuentas ante las normas morales de convivencia y tercero, la responsabilidad legal es el acto de responder ante la ley jurídica.

Para este trabajo se opta por la responsabilidad ética porque es la que nos compete.

En este sentido, la responsabilidad es una capacidad, es decir, es un conjunto de condiciones y aptitudes que determinan si una persona puede o no dar respuesta de sí y de sus actos. Para dar cuenta de la propia existencia y de sí mismo, es imperativo conocerse. Un acto responsable ético, es un acto consciente (conocimiento), voluntario (autonomía) y libre (libertad). Los prerequisites de la responsabilidad serían el conocimiento, la autonomía y la libertad. Notemos entonces que esta capacidad no solo depende del sujeto consciente de sí mismo, sino de la forma como responde frente a factores externos y particularmente frente al otro como sujeto. Entonces, el sujeto debe asumir el desarrollo de la capacidad de ser responsable de sí mismo, a partir del imperativo ético: “conócete a ti mismo”. Y, el sujeto en calidad de otro debe ser facilitador del desarrollo de la capacidad de ser responsable del otro sujeto.

Aterrizando al tema de este trabajo de grado: cada sujeto debe ser responsable de su cuerpo y su fertilidad, conocerla y asumirla, pero esto no surge solo de la propia voluntad y experiencia aislada del sujeto. Es necesario que la medicina, el sistema educativo y otras fuentes facilitadoras de saber, ofrezcan información adecuada, atinada y suficiente, además de otras herramientas, que permitan a las habitantes de cuerpos femeninos desarrollar su capacidad de ser responsables de su fertilidad.

De todo lo dicho en este capítulo podemos ver que la fertilidad tiene muchas dimensiones, es un fenómeno complejo que ha sido reducido a la genitalidad y reproducción. Se necesita abrir esta perspectiva patogenizante y

limitante que afecta la vida de todas las personas habitantes de un cuerpo femenino. Los AHF ofrecen un control de la fertilidad, a partir de esa perspectiva negativa. El control en sí mismo apela a la negación de sí, el disciplinamiento de los cuerpos, la normalización y medicalización de la sexualidad y fertilidad.

Propongo una deconstrucción de la fertilidad medicalizada. Una deconstrucción parecida a la que propone Paul Preciado con la contra-sexualidad: ofreciendo una contra propuesta de la fertilidad basada en la experiencia, el placer y dejar de poner el foco de atención y conocimiento en la genitalidad y reproducción. Propongo que pasemos del control a la gestión de la fertilidad, y que esta se base en la propuesta de la ginecología autogestiva. Para ello es vital el (re)conocimiento de nuestros cuerpos y ciclos desde edades tempranas, de la mano con la generación de saberes alternativos y complementarios a los de la medicina. En este sentido es prioritario cambiar la forma en que hemos entendido la fertilidad hasta ahora, favoreciendo la construcción de una cultura de la fertilidad soberana. En el siguiente capítulo voy a proponer una nueva perspectiva de la fertilidad, una perspectiva bioética basada en el mandato ético: conócete a ti mismo, y en los principios de autonomía, libertad y responsabilidad esbozados anteriormente.

Capítulo III: Un nuevo relato sobre la fertilidad, un aporte desde la Bioética

Los capítulos anteriores nos han permitido dilucidar que los AHF son un dispositivo de poder. En el capítulo uno mostré hechos, discursos e intenciones detrás de su diseño, discursos que hicieron posible su distribución fulminante y la aceptación social, construyendo, así, una perspectiva patogenizante de la fertilidad femenina. Esta perspectiva no solo determina la forma en que entendemos la fertilidad, sino que tiene implicaciones morales negativas con respecto a lo femenino y la sexualidad. Asimismo, el medicamento no trae ningún beneficio a la salud, más bien todo lo contrario: es realmente peligroso para quien lo consume. Los AHF, son un perfecto dispositivo de poder, crean relaciones de dependencia y autogobierno funcionales al poder coercitivo sobre la fertilidad femenina, bajo una aparente intención de liberación y salud.

La fertilidad no solo es un aspecto biológico de los cuerpos femeninos, es también un fenómeno social, un relato que se constituye en cultura y, como cualquier relato, puede ser reconstruido para generar un cambio de perspectiva sobre la fertilidad, y en últimas, un cambio en la forma en que vivimos nuestra fertilidad, que es más que la capacidad de tener hijos, es nuestra capacidad-fuerza creadora y soberana.

En el capítulo dos, se presentaron otros argumentos distintos al poder de los AHF para indicar que hay otras realidades posibles, las cuales deben y pueden construirse a partir de ideales, nuevos relatos y prácticas éticas, que parten de principios como el conocerse a sí mismo, el asumir una fertilidad soberana y el hacerse responsable a partir de una formación que posibilite una elección autónoma y libre.

En este capítulo propongo una perspectiva bioética sobre la fertilidad no basada en la medicalización de la sexualidad, específicamente en los AHF, sino una perspectiva crítica e informada inspirada en la teoría de la virtud, que induzca a la desobediencia fundamentada, a una obediencia en consonancia con el ser mismo, que funcione como orientación ética, en vistas de promover la calidad de vida, el disfrute y el cuidado del cuerpo, entre otros aspectos, bajo los ideales de libertad, responsabilidad y autonomía; esta perspectiva bioética, que está a la base de esta propuesta, se centra en comprender la vida como un proceso de conocimiento de sí mismo y saber elegir la virtud justa.

El problema planteado de los AHF es muy complejo, por lo cual, a manera de síntesis lo he agrupado en cuatro grandes categorías para plantear mi propuesta de manera contundente y ordenada. Como punto de partida hay que reconocer a la fertilidad como un aspecto determinante de la salud integral de las mujeres (contemplando lo físico, lo psicológico, lo social, lo emocional, lo ético y lo espiritual). Los AHF, reitero, traen consigo un sinfín de contraindicaciones y efectos secundarios severos para la salud. Estos suponen un riesgo muy particular pues están diseñados para ser consumidos por mujeres sanas por largos periodos de tiempo, desde edades muy tempranas, incluso antes de empezar una vida sexual activa, mayormente por motivos que nada tienen que ver con la planificación familiar, por razones que el medicamento no cura, pero agrava. También generan miedo, relaciones de dependencia, sensación de aislamiento debido a que es la mujer la que debe de asumir sola su fertilidad de manera silenciosa y disciplinada. Aún más, los AHF no solo no curan desbalances hormonales, pero “adormecen” las señales

que manda el cuerpo. Se quita la mirada de aspectos que necesitan ser atendidos, ya que dichas señales indican un problema que, de no atenderse, se agravará con el tiempo. Esto implica indudablemente un detrimento de la calidad de vida y el disfrute.

De otra parte, apoyo totalmente el derecho de que una mujer decida consumir medicamentos como los AHF, consciente de los efectos secundarios, con conocimiento de formas alternativas de tratar desbalances hormonales relacionados a los ciclos de la fertilidad, con conocimiento de métodos alternativos de gestión de la fertilidad y capacidad de responsabilizarse por enfermedades potenciales relacionadas al consumo prolongado de AHF. Apoyo y celebro la libre elección, la cual debe ser responsable y autónoma para considerarse libre.

Segundo, los AHF revelan, promueven y perpetúan un tipo conocimiento sobre la fertilidad a partir del miedo y la enfermedad, centrado en la medicina y la medicalización. Explico, la fertilidad se ha presentado como una amenaza para que una mujer pueda desenvolverse socialmente, además de que se le atañe un ciclo que conlleva a síntomas que deben ser sanados gracias a un fármaco (los AHF). Como se ha visto hasta ahora, se nos muestra y enseña la fertilidad como una serie de *padecimientos* que nos enferman y que podemos y debemos controlar mediante la medicina. Esto genera un rechazo y negación del cuerpo, no una apropiación y cuidado de este. También, el control de la fertilidad trae consigo un discurso de miedo al embarazo como el factor desencadenador de una carga social y económica terrible para la mujer. Como se piensa que el embarazo es la virtud de la fertilidad, se genera miedo sobre

la fertilidad. La fertilidad se vuelve entonces una amenaza para una mujer. Ahora, el conocimiento sobre nuestro cuerpo lo obtenemos mediado por la medicalización y la enfermedad. Con esto quiero decir que, generalmente conocemos nuestro cuerpo cuando estamos enfermos, es hasta que enfermamos y vamos al médico que obtenemos información sobre este. Por último, el conocimiento de la fertilidad y el cuerpo está centralizado en la medicina, quitándole al paciente la responsabilidad de conocer y cuidar su cuerpo. Esto limita el ejercicio de la libertad y autonomía.

Sobre este mismo punto quiero recalcar el problema gravísimo que representa el hecho de que los médicos, en general, salvo quizá muy pocas excepciones, no están informando de manera suficiente y adecuada a las mujeres sobre los AHF, y sobre alternativas para la gestión de la fertilidad. Ya sea porque no cuentan con la información necesaria, o por negligencia, es un aspecto que debe cambiar. Y por nuestra parte, las pacientes tampoco estamos asumiendo la responsabilidad de educarnos e informarnos adecuadamente sobre nuestro cuerpo y fertilidad, ni de cuestionar el criterio del médico a la hora de escoger el método para gestionar nuestra fertilidad, es un acto de irresponsabilidad no hacerlo.

Tercero, los AHF tienen implicaciones morales negativas sobre la fertilidad y lo femenino que afecta la vida y sexualidad tanto de hombres, de mujeres y de cualquier otro género. El hecho de que se siga colocando la responsabilidad de la reproducción de la especie en las mujeres, hace que se excluyan a los hombres del proceso, quienes tienen igual derecho y deber de ser participes activos. Asimismo, al verse la fertilidad femenina desde una

perspectiva patologizante, genera que lo femenino sea visto como algo frágil, peligroso, enfermo, un aspecto que debe ser controlado. Esto no solo afecta a las mujeres con cuerpo femenino, pero a todos los seres humanos, ya que en todos los cuerpos se manifiestan aspectos femeninos, sin excepción.

Cuarto, existe una coerción sobre los cuerpos y fertilidad femenina que imposibilita el desarrollo de una vida plena. La concepción reducida de la fertilidad centrada en la genitalidad y la reproducción, hacen que se viva de manera carente tanto la fertilidad como la sexualidad. Si se piensa que la fertilidad es únicamente la capacidad de quedar embarazada, no se pone atención a las demás manifestaciones de la fertilidad como lo es la ovulación (que es un signo vital que nos da pistas de nuestra salud). Esto fomenta una vida que no puede considerarse digna de ser vivida. Esto va en contra de principios bioéticos y del *telos* de la vida humana, que me atrevería a decir que es la oportunidad, posibilidad y poder de desarrollar nuestra potencialidad, expandirnos y encontrar la plenitud.

A continuación, presento mi propuesta a partir de las cuatro categorías desglosadas anteriormente.

- I. Hacia una vivencia de la fertilidad virtuosa
 - i. Salud física y mental

Los AHF son presuntamente utilizados para “tratar” desbalances hormonales y otros aspectos relacionados a la fertilidad femenina, y para controlar la fertilidad. A esto propongo que primero, sobre desbalances hormonales, se atienda de manera efectiva y asertiva las manifestaciones que

el cuerpo presenta, indagando sobre la causa y encontrar un tratamiento adecuado para el problema. Es decir, habría que redefinir el diagnóstico sobre los desbalances hormonales y no determinar desde el principio el uso de AHF. Y segundo, encuentro de vital necesidad que la investigación, divulgación y educación sobre métodos alternativos para gestionar la fertilidad⁸ que no se basen en el uso sintético de hormonas, que no sean peligrosos y promuevan el autoconocimiento de las mujeres con respecto a su cuerpo y su ciclicidad.

Por una parte, esto corresponde al médico. Cuando un doctor recibe a una paciente con alguno de los síntomas relacionados a un desbalance hormonal, este debe de ocuparse genuinamente de su paciente, indagar sobre la causa de fondo que puede estar generando el problema y brindar distintas alternativas de tratamiento, informando de manera suficiente y clara a la paciente. El ideal será evitar la medicalización innecesaria y apoyarse en el conocimiento de la disciplina de nutrición, ya que la mayoría de estos desbalances pueden ser tratados con una dieta atinada para cada caso. Esto implica que los médicos deben de disponer del tiempo y conocimiento para poder llevar a cabo un diagnóstico y ofrecer un tratamiento adecuado desde otras disciplinas, la nutrición y psicología, por ejemplo, que tienen mucho que ofrecer para el entendimiento de la salud y alternativas de tratamiento. Con respecto a la gestión de la fertilidad, los médicos deben de preocuparse por adquirir conocimiento de métodos alternativos a los AHF y ofrecer el más adecuado para cada paciente. Asimismo, es imperante una descentralización del saber y poder que tiene la medicina con respecto a la fertilidad femenina,

⁸ En el anexo 5 se puede encontrar una lista de bibliografía recomendada.

no solo para expandirlo a otras disciplinas, sino que pueda ser reapropiado por los cuerpos con fertilidad femenina.

Por otra parte, en referencia médica, la paciente debe de asumir su propia salud de manera activa y consciente. En esta persona recae la responsabilidad de conocer su cuerpo, reconocer patrones, cuidarlo, y asumir de manera crítica el criterio del médico a la hora de hacer visita. Será virtuosa la paciente que asuma responsablemente su propia fertilidad, sin caer en el aislamiento, ni se convierta en incrédula del saber médico; debe haber una alianza entre el saber médico y el propio saber, para dar un cuidado virtuoso del cuerpo y una vivencia virtuosa de la fertilidad.

Ahora, en el caso de que los AHF sean la opción, o la opción escogida de manera libre y autónoma por la paciente, debe de darse su prescripción y consumo de manera responsable e informada. ¿Esto qué significa? Que ninguna reacción puede pasar desapercibida por parte de la paciente, la observación atenta y permanente de su estado de salud física y mental se convierte en una prioridad y en tercera medida se deben de reajustar algunos hábitos, por ejemplo, buscar una dieta que amortigüe los efectos secundarios del medicamento, evitar consumir sustancias como el cigarrillo, hidratarse de manera adecuada y llevar a cabo chequeos regulares para dar seguimiento a la paciente. Sobre este punto el médico tiene un rol muy importante, el cual debe ser preparar y acompañar a la paciente en caso de presentarse alguno de los efectos secundarios.

En la relación con la salud mental, un aspecto importante por tener en cuenta es la autoobservación a los cambios en los estados emocionales. Sabemos que inevitablemente hay una relación entre el cuerpo y la mente a través de las emociones y sentimientos, por esta razón es muy importante el papel que tiene el área de la psicología, tanto en el diagnóstico de un desbalance hormonal como en la prescripción de un tratamiento. Ya que esto va a ser determinante en la posibilidad de saber enfrentar y superar el desbalance hormonal, haya consumido o no los AHF, y más si los ha consumido, porque a nivel emocional los efectos secundarios pueden ser más o menos fuertes, dependiendo de la persona. Esto significa que para los desbalances hormonales la atención debe ser personal y no generalizada, aunque haya similitudes.

Con respecto a la investigación y diseño de métodos de gestión de la fertilidad alternativos y seguros, considero de manera irrevocable que se va a causar en la medida en que las usuarias dejen de consumir los AHF y los médicos de prescribirlos. Es necesario potenciar la autodeterminación de las pacientes a buscar alternativas de diagnóstico y prescripción médica distintas a la aplicación de los AHF. En particular los y las médicas que atienden estos casos deben buscar tratamientos alternativos a los AHF investigando y operando en conjunto con otros saberes de la salud en beneficio de las personas y no de una industria que hasta la fecha no ha favorecido, ni posibilitado, un tratamiento efectivo de desbalances hormonal con los AHF. Como consecuencia de la autodeterminación de las pacientes y el trabajo

conjunto de los profesionales de la salud, se puede desmotivar el (ab)uso de AHF.

ii. El saber sobre el cuerpo a partir de la salud, la curiosidad y el placer

Como se ha mencionado con anterioridad, debemos conocer nuestro propio cuerpo, debemos generar nuestro propio saber sobre el cuerpo que habitamos. Este saber, me parece fundamental, debe de generarse a partir de la salud, la curiosidad y el placer. Detengámonos acá un momento para desglosar lo que quiero decir con esto. Primero, el saber del cuerpo a partir de la salud hace referencia a la observación constante del cuerpo en su estado saludable, entendiendo la salud como la configuración de lo biológico, social, psicológico, emocional, etc. Acá propongo que generemos conocimiento de nuestro cuerpo cuando estamos saludables, saber cómo es nuestro cuerpo saludable, lo cual nos permitirá reconocer cuando algo ha cambiado y tengamos la posibilidad de buscar ayuda a tiempo en caso de ser necesario. Segundo, el saber del cuerpo a partir de la curiosidad quiere decir que el saber que vamos a generar de nuestro propio cuerpo debe venir desde un deseo de conocernos. Tercero, el saber del cuerpo a partir del placer es que el proceso de conocer nuestro cuerpo venga desde un lugar del placer, que conocernos sea placentero. Esto va a generar una afectividad diferente del sujeto con respecto a su cuerpo, lo cual inherentemente afectará el modo en que lo habite, propiciado el autocuidado y autoconocimiento, en últimas, una vida más virtuosa.

Se debe de fomentar la autoobservación y la alfabetización sobre el cuerpo como una práctica ética constante, para conocerlo y cuidarlo. Sobre la

fertilidad específicamente, las mujeres deberían educarse y ser educadas con respecto a ella. Asimismo, llevar un boletín sobre cómo se manifiesta este aspecto en el cuerpo, en el ánimo, etc. El aproximarse y reconocer como propia la fertilidad genera una relación distinta con la misma. Pasa de ser una amenaza, a ser una característica propia de nuestro ser que determina el funcionamiento general de nuestro cuerpo. Conocer nuestra fertilidad es habitar nuestro cuerpo de manera responsable. Hacerle frente es dejar de colocarla en el lugar oscuro en donde se la entiende como un aspecto biológico amenazante, para tenerla presente como parte del desarrollo pleno de una mujer, y devela la fuerza y potencia que tiene en nuestro cuerpo y vida.

Esto requiere que médicos, educadores, padres y tutores legales promuevan desde edades tempranas la curiosidad del autoconocimiento en general, del cuerpo incluido. Esta curiosidad debe de venir de la mano con el placer y el gozo. Por ejemplo, mediante la práctica de un deporte, una niña vive activamente su cuerpo y llega a conocerlo de manera disfrutable. Al inculcar esta afectividad consigo misma, con forme el cuerpo vaya cambiando, la persona podrá ir reconociendo los cambios e interesándose por entenderlos. Así, llegado el momento, la mujer será capaz y tendrá el interés de abrazar la fertilidad en su cuerpo, entenderla y vivirla de manera responsable.

Como se mencionó anteriormente, es vital la descentralización del saber y poder de la medicina sobre la fertilidad femenina ya que le quita la responsabilidad al sujeto que debería tener sobre su fertilidad. Ser responsable de su propia fertilidad brinda, en últimas, autonomía y libertad, aspectos claves para habitar nuestro cuerpo y vivir nuestra fertilidad de manera virtuosa.

iii. Implicaciones sobre la perspectiva y afectividad de lo femenino y la reproducción de la especie

Con todo lo propuesto hasta ahora se habilita una nueva afectividad sobre la fertilidad femenina, por lo tanto, sobre lo femenino. Esto incide de manera positiva, no solamente a las habitantes de un cuerpo con fertilidad femenina, pero a todas las personas.

Ahora, como se mencionó con anterioridad, se sigue subsumiendo a las mujeres al mandato reproductivo, haciéndolas el agente responsable de la reproducción de la especie. Esto además excluye a los hombres del derecho, deber y responsabilidad que tienen sobre la reproducción de la especie. Para esto es vital que se involucre a los hombres en la gestión de la fertilidad, lo cual no solo les atribuye la responsabilidad intrínseca que tienen, por ser participes en la reproducción, pero les permite ser libres y autónomos con respecto al tema, no estarían pues a la merced de la forma en que las mujeres gestionan su fertilidad.

Es innegable que se necesita incluir a los hombres en el proceso de gestión de la reproducción de la especie, se les debe de dar mucha más representación, sobre todo por el hecho de que los hombres tienen la capacidad de embarazar todos los días de su vida, mientras que una mujer solamente 6 días al mes durante el tiempo de su vida en que tenga la capacidad de ovular. Una mujer puede quedar embarazada una vez cada 9 meses sin importar la cantidad de parejas sexuales que tenga, un hombre puede embarazar a una mujer diferente todos los días. Recordemos que la gestación y la reproducción son asuntos diferentes. Los hombres deben

conocer su fertilidad y gestionarla de manera responsable. Además, es fundamental la investigación y divulgación de métodos seguros para gestionar la fertilidad masculina. Esto de la mano con un proceso educativo que plantee la responsabilidad de la reproducción de la especie como una responsabilidad compartida entre hombres y mujeres.

iv. La virtud de la fertilidad

Ya he mencionado el efecto coercitivo y limitante que tiene la reducción de la fertilidad a la genitalidad y la reproducción. Por eso propongo que la virtud de la fertilidad es otra, no es la reproducción, es la salud. Por lo tanto, la *infertilidad* y la menopausia no son opuestos a la fertilidad, son formas en que la fertilidad se manifiesta en un determinado cuerpo, al igual que el embarazo. Y la virtud se encuentra en vivir de manera saludable y responsable la fertilidad particular del propio cuerpo en determinado momento de la vida biológica.

Como mencioné en el capítulo II la responsabilidad, la autonomía y la libertad se ejercen a través de nuestros actos, vivencias y capacidades. No depende únicamente de la voluntad del sujeto, pero también de factores externos. Por esto, es fundamental que los médicos, educadores, padres y tutores legales faciliten ese ejercicio y habiliten la capacidad de fortalecerlo. Por ejemplo, cuando una paciente recurre al médico para buscar métodos de gestión de la fertilidad, el médico debe facilitar durante la consulta el ejercicio de la libertad y autonomía de la paciente, quien así podrá asumir responsablemente su fertilidad.

Hasta acá mi propuesta para responder a los problemas que suponen los AHF. Esta propuesta apunta a que se le quite poder al dispositivo que este medicamento representa. Estoy consciente de que todo lo planteado torna ideal, lo cual es muy valioso pues es a partir del planteamiento de ideales que podemos soñar con un mundo diferente y cambiar la realidad. Reconociendo dicho valor, quiero plantear algunos lineamientos para traer estos ideales a tierra y hacer gestionable el cambio necesario.

II. Lineamientos para un cambio necesario

Para plantear los lineamientos los he atribuido a cuatro agentes de cambio: la educación, la disciplina médica, los sujetos y la bioética.

i. La educación

Pienso que la educación es la clave para cambiar, es el actor más importante y el que tendría mayor incidencia en la problemática. Tanto la educación formal como la no formal. La educación debe sembrar curiosidad de conocerse a sí mismo e inculcar el placer de saber. Por un lado, en la educación formal, primordial es que se hable de la fertilidad abiertamente y que sea un tema incluido en los programas de educación primaria, secundaria y niveles superiores, que involucren a hombres y mujeres. Una posibilidad es que se integre en los programas de educación sexual. Pero ideal sería que esto escalara a la creación de un programa de formación sobre el cuerpo, en donde se incluya el tema de la fertilidad. Programa que sea diseñado por disciplinas diversas, como la ciencia del movimiento humano, la nutrición, la psicología, la pedagogía, la biología entre otras.

Reitero, algo urgente es que se involucren a los hombres en el tema.

Por otro lado, la educación no formal tiene un gran aporte que dar. Es necesario que organizaciones privadas relacionadas al tema, por ejemplo, ProFamilia en Colombia, asuman el rol de formación sobre la fertilidad, gestión de la fertilidad y fertilidad responsable. Dos formas posibles de aportar sería primero, divulgando información sobre métodos de gestión de la fertilidad tanto para hombres como para mujeres, y segundo, ofreciendo talleres de formación. Sobre esto, ya existen organizaciones y grupos que lo están haciendo, (ver ejemplos y referencias en el anexo 6).

En la educación no formal también entra la medicina. La consulta es una oportunidad de formar a la población. Sobre este aspecto hablaremos más en el siguiente apartado.

ii. La disciplina médica

Es problemática la forma en que los médicos, por lo general, asumen el tema de la fertilidad femenina y como llevan a cabo una consulta por desbalances hormonales y gestión de la fertilidad. Es indudable que esto debe de cambiar y darle al ciclo ovulatorio, el quinto signo vital, el lugar e importancia que le corresponde.

Durante una consulta sobre gestión de la fertilidad, el médico debe informar adecuada y suficientemente a la paciente sobre los efectos secundarios de los AHF y ofrecer alternativas para gestionar la fertilidad, ejerciendo el principio bioético de respeto a la autonomía. Para esto los médicos deben de informarse sobre el tema, no solo de manera particular, pero, considero que esto debe ser

parte del proceso de formación de los médicos, particularmente de los ginecólogos. El médico durante la consulta debe de ser consciente de su posición como educador y figura de autoridad que tiene frente a la paciente, y asumir esa posición de manera responsable y ética. Con esto, debe habilitar y facilitar la responsabilidad y libertad de la paciente, respetando su autonomía.

También los médicos deben expandir el proceso de formación a hombres y padres-madres o tutores legales. Es decir, al igual que en el caso de una mujer, en el caso de un hombre, el médico debería preguntarle sobre cómo está gestionando su fertilidad y ofrecer información pertinente. Con respecto a los padres de familia, es importante mencionarles los procesos de cambio que vivirán sus hijos con respecto a la fertilidad, incitarlos a hablar del tema y también, ofrecer información pertinente.

iii. Mujer, concéte a ti misma

Los sujetos tienen un rol fundamental en el asunto. Básicamente hago un llamado que la ética viene haciendo desde los griegos: concéte a ti mismo. Es vital que nos involucremos y alfabeticemos sobre nuestro cuerpo, sobre nuestra fertilidad, para poder llevar una vida virtuosa. Debemos ser más críticos, en el sentido más positivo de la palabra, durante las consultas médicas. Debemos ser responsables sobre nuestra fertilidad.

Hago un llamado especial a que los hombres se involucren en el tema, que asuman su propia fertilidad. Y a las mujeres, en caso de relaciones heterosexuales, involucrar a los hombres en nuestro proceso de gestión de la

fertilidad, mientras la mirada se siga enfocando en nosotras. De nuevo, es fundamental involucrar a los hombres en el tema.

Tenemos que saber que somos parte del proceso de formación de quienes nos rodean y que debemos asumir esto de manera responsable y ética. Debemos hablar abiertamente con los otros sobre la fertilidad, con nuestros amigos, hijos, nuestra pareja, etc. Hablar del tema hace que deje de posicionarse la fertilidad en un lugar oculto y se descentralice el saber sobre este fenómeno. Personalmente, hablar sobre fertilidad con mis amigas me ha hecho sentir que no estoy sola y aislada, lo cual me dio el valor para dejar el medicamento. Hablarlo con mi pareja ha hecho que él se involucre e informe sobre el proceso de gestión de nuestra fertilidad. Hablarlo con otras mujeres que han consumido por años AHF ha hecho que ellas se cuestionen, investiguen y tomen de manera más informada la decisión de continuar o no con el medicamento.

iv. La bioética

La bioética viene a jugar un papel supremamente importante. A esta disciplina es a la que le corresponde hacer análisis crítico de este tipo de problemáticas, que a primera vista no parecieran ser un problema. La bioética debe dilucidar los dilemas éticos asociados de este tipo de asuntos.

Teniendo como referencia la Declaración de Bioética de la UNESCO (2005), la disciplina tiene el deber de velar por que los principios establecidos allí se cumplan, como lo son la dignidad humana, los derechos humanos, la libertad, el bienestar, la justicia y la equidad (artículo 3 y 10), el respeto por la

autonomía y responsabilidad individual (artículo 5), respeto por la vulnerabilidad y la integridad personal (artículo 8).

Asimismo, la disciplina debe denunciar situaciones carentes de ética tanto científica como jurídica con respecto a la vida. Como se plantea en el artículo 4, 6 y 20, el conocimiento, la práctica médica y las tecnologías conexas deben estar siempre en pro del bienestar y beneficio del paciente, siempre con un consentimiento libre, informado y expreso por el paciente, además de evaluar y gestionar los riesgos asociados. Esta denuncia debe ser para rectificar casos que se estén llevando a cabo y para generar historia que nos prevenga de repetir momentos tan dolorosos para la humanidad como lo fue el caso del ensayo clínico para el desarrollo de las pastillas anticonceptivas. Con ello proteger a las futuras generaciones, como lo estipula el artículo 16 de la misma declaración.

Por último, como se establece en el artículo 23, es imperativa la educación, formación e información en materia bioética. Por esto, la bioética debe seguir investigando sobre los AHF y la fertilidad femenina para dar soporte al argumento que promueva el cambio necesario. No solo para fortalecer el argumento, pero para ofrecer orientación ética de como conducirnos hacia una forma virtuosa de vivir nuestra fertilidad. Con esto, generar conocimiento alternativo y complementario al saber médico-farmacéutico sobre la fertilidad femenina, así descentralizar el poder y saber que se tiene sobre este fenómeno. Que dicho conocimiento sirva para promover una vivencia virtuosa de la fertilidad y una práctica médica ética relacionada a la fertilidad femenina. Además, otro aporte que debe asumir la disciplina es la divulgación de

información. La bioética debe de apropiarse realmente de este tema, ponerlo en la mesa de discusión, artículos de revistas, en la mirada pública y salones de clase.

¿Y qué pasa con el Estado y las farmacéuticas?

Resulta evitente que el Estado y las farmacéuticas son agentes causantes de la problemática alrededor de los AHF. Estas dos estructuras han habilitado la situación tan compleja que representa el medicamento. Pero, pareciera que no son responsables ya que, hasta el momento, no han podido dar cuenta de las consecuencias resultantes de la problemática. Mi intención como investigadora no fue incluirlos en mi propuesta por una razón. Honestamente, no creo que sea donde debe y vaya a realizarse el cambio. Sin embargo, creo que es interesante mencionar cuál rol podrían jugar para incidir de manera positiva en la realidad.

Por parte del Estado, leyes y programas de educación sexual ya existen. Más no hay una agencia verdadera que habilite el cambio necesario. Hago un llamado urgente a asumir el problema, incidir en la realidad, llevar a cabo dichos programas educativos bajo los lineamientos que he planteado en esta investigación. Por su lado, las farmacéuticas son empresas, y como toda empresa, responden a intereses y dinámicas económicas. Hasta que no haya un cambio en la demanda del mercado por parte de las usuarias, no habrá presión para crear nuevas formas de anticoncepción que sean seguras y que incluyan opciones para la gestión de la fertilidad masculina. Sería hermoso pensar que dichas empresas pudieran asumir una postura más inclinada al

bienestar social, y buscar respuestas seguras para problemas de salud que enfrenta la sociedad de manera más ética.

Acá jugaría un rol importante el Estado, el de crear políticas públicas para desmotivar el (ab)uso de los AHF, y agenciar esas políticas a través de las agencias regulatorias en salud. Aunado, impulsar y ofrecer incentivos para el desarrollo de investigaciones alternativas para, por un lado, crear anticonceptivos tanto masculinos como femeninos que sean seguros, eficaces y que garanticen los derechos sexuales y reproductivos, por otro lado, avanzar en la innovación en tratamientos y conocimientos holísticos referentes a desbalances hormonales.

3. CONCLUSIONES

A modo de conclusión lo primero por mencionar es que los AHF son efectivamente un perfecto dispositivo de poder ya que habilitan el control de los cuerpos a los niveles más profundos e íntimos del sujeto, pasando por desapercibido e inofensivo. Es un dispositivo exitoso y sutil, nos autogobernamos pensando que es nuestra salvación y nuestra propia decisión. Tomar el medicamento se vuelve un hábito, nos habita, nos gobierna.

Sobre los AHF, gracias a la investigación, pude encontrar que el medicamento tiene diversas implicaciones. Uno, traen consigo una cantidad importante de efectos secundarios para quienes los consumen. Bajo la misma línea, al inhibir el sistema hormonal, se desatienden problemas que necesitan nuestra atención, además de privarse del derecho de conocer y sanar efectivamente los desbalances hormonales. Dos, gracias a su difusión

fulminante y aceptabilidad se sigue poniendo toda la carga de responsabilidad de la reproducción de la especie sobre las mujeres. Con esto, se excluye a los hombres del proceso, que no solo son participes activos en la reproducción de la especie, pero también tienen el derecho y deber de responsabilizarse. Tres, bajo su lógica patogenizante de la fertilidad, se sigue colocando al cuerpo femenino como un cuerpo que debe ser curado, lo cual tiene implicaciones morales y afectivas importantes. Cuarto, la producción de una identidad del sexo seguro y responsable que habilitó los AHF, deja de lado otros aspectos supremamente importantes: el cuidado de sí y del otro, el autoconocimiento, el placer y la responsabilidad afectiva.

Cinco, la visión reduccionista de la fertilidad a la genitalidad y reproducción es realmente limitante, lo cual inhibe la posibilidad de vivir la fertilidad de manera plena, libre y responsable. Seis, en vistas de la suspensión de investigaciones sobre anticonceptivos hormonales masculinos por los efectos secundarios (que son los mismos que los de los AHF), pareciera que los efectos secundarios sí son aceptables para las mujeres, ¿porqué? Siete, a pesar de no ser la única, ni la más económica, ni el método más seguro para gestionar la fertilidad, los médicos recetan este medicamento deliberadamente. Lo cual es más grave aún, se receta para problemas de salud que no solucionan en absoluto. Y todo esto desemboca en la pregunta, ¿porqué, después de tantos años, no se ha innovado al respecto?

Gracias al recorrido histórico y al análisis hecho, se puso en evidencia que los AHF no tienen ningún beneficio para la salud (física, mental y emocional) de sus consumidoras. Sin embargo, es un medicamento consumido masivamente

por mujeres desde edades muy tempranas. Desde su concepción, los AHF contienen dilemas éticos graves, lo cual hace de este inevitablemente un problema bioético. Lamentablemente, este es uno de los muchos temas que parecen escaparse del foco de atención de la disciplina.

Siguiendo, lo que pareciera ser solo un medicamento para la planificación familiar resulta ser un problema realmente complejo, una maraña de variables en donde coinciden la ciencia, la política global y local, el derecho, intereses económicos, luchas y contextos sociales, la cultura, entre otros. Me resulta muy interesante y triste comprender que los AHF se crearon y lograron ser mercantilizados por presiones de políticas exteriores de control de natalidad sobre países “subdesarrollados”, y que no fue una tecnología resultante de una preocupación genuina por la salud de las mujeres o por una demanda de emancipación femenina.

También me llama la atención la construcción del discurso que hizo posible la aceptabilidad del medicamento, en donde se planteó que la menstruación conllevaba síntomas que enferman a la mujer, lo cual puede y debe ser curado con un medicamento. Es muy significativo que esta tecnología trajera consigo el reconocimiento de las mujeres como sujetos sexuales, insólito hasta el momento, ¿pero a qué precio? Una mujer puede ahora ser sexualmente activa siempre y cuando sea considerada hasta cierto punto enferma, y con la condición de que consuma un medicamento, que la termina enfermando. Los AHF representan más un hito para el control de la fertilidad femenina que para la emancipación femenina. Este último punto me resulta esperanzador en el sentido en que antes era imposible pensar que existiría una aceptación tan

grande de la planificación familiar y ahora es hasta un asunto de salud pública. Esto denota que existe la posibilidad de generar nuevos discursos que cambien la realidad.

Otro punto importante por rescatar de esta investigación es la relación tan estrecha que tiene la historia de los AHF con la historia de las mujeres latinoamericanas. Investigar sobre el medicamento me hizo indagar sobre la historia de las mujeres, específicamente en Puerto Rico, sobre esos cuerpos femeninos que fueron sometidos a tan atroz investigación. Se deja entre ver un poco en este documento que en esta parte del mundo vivimos una realidad particular en donde históricamente se ha dispuesto de los cuerpos femeninos de una manera irresponsable. Tristemente, no se ha generado registro e historia suficiente al respecto, no desde la perspectiva quienes han sufrido dichos abusos. Es necesario generar historia, generar memoria, para construir un futuro mejor y amigable para nosotras. No desde una posición de víctima, pero para crear un nuevo relato de nosotras mismas, en donde seamos protagonistas, en donde reclamemos nuestro cuerpo y nuestro derecho al placer y a la salud.

Conjuntamente se pudo ver el papel que juegan los relatos para la construcción del imaginario que tenemos de lo que nos rodea y nos habita. Es vital la construcción de nuevos relatos sobre la fertilidad, dejar de ponerla dentro de la virtud reproductiva exclusivamente. Sobre esto, quiero reconocer que la medicina ha puesto de su parte, hay personas que desde la disciplina están trabajando para romper con el paradigma medicalizante y patogenizante de la fertilidad femenina. Uno de los hechos más importantes es la postura

declarada por The American College of Obstetrician and Gynecologists en EE. UU. en el 2015, en donde se reconoce a la menstruación como el quinto signo vital. Sobre esto, el rol de los médicos es de los más importantes para generar un cambio. Debe ser una disciplina más crítica, pronunciarse más al respecto, dada la figura de autoridad moral que representan actualmente. Asimismo, hay otros movimientos, como la Ginecología Autogestiva, que están produciendo saberes alternativos a la medicina tradicional. Esto último es fundamental para descentralizar el poder-saber que se tiene sobre la fertilidad.

Aunado a lo anterior, durante la investigación y conforme iba comprendiendo que el problema era mucho más complejo de lo que esperaba, me resultó difícil hacer mi propuesta. Honestamente, pensaba que la solución sería tan compleja como el problema, pero no. Llegué a la conclusión de que la solución radica en mandatos éticos que se vienen dando desde los griegos (conócete a ti mismo) y en principios bioéticos (autonomía, libertad, respeto, responsabilidad, etc.) que ya hemos establecido desde hace mucho tiempo. El meollo es que estos ideales bioéticos y mandatos éticos, no son gestionables en un contexto de poder hegemónicos. Es necesario pensar cómo hacer estos ideales gestionables a nuestra realidad latinoamericana. Tenemos que generar una cultura en donde esos principios y mandatos éticos sean los lineamientos a partir de las cuales nos conducimos en el mundo. Esto fue a lo que quise apostar.

Ahora, mi propuesta es una deconstrucción de la fertilidad medicalizada para dirigirnos a una fertilidad soberana. Sobre esto me apoyo mucho en la propuesta de Paul Preciado - la contra-sexualidad- en donde no se plantea la

negación del estatus quo, pero sí una construcción alterna de dicho estatus. Lo que busco con mi propuesta no es erradicar el uso de los AHF, es quitarle el poder de dispositivo que este medicamento representa. La vivencia de la fertilidad que propongo es aquella basada en la virtud, construida sobre los ideales de responsabilidad, autonomía y libertad. Esta virtud se refiere a encontrar balance entre el saber médico y el propio saber de la habitante del cuerpo femenino sobre su fertilidad, para gestionar y vivir la fertilidad de la manera más saludable y plena posible. Sobre la Teoría de la virtud quiero mencionar que tiene mucho que aportar a la Bioética, siempre y cuando sea traída a nuestro contexto y reconfigurada para que sea aplicable a nuestra realidad.

Siguiendo con mi propuesta, como mencioné, necesitamos construir cultura sobre la fertilidad, por lo cual la educación, la medicina y la Bioética juegan un papel protagónico. Por su parte, la medicina y la Bioética deben de involucrarse y pronunciarse más en el asunto, generar más investigaciones y difusión de información, sin olvidar al tema de la gestión de la fertilidad masculina. Por otra parte, la educación, tanto formal como no formal, debe plantear la responsabilidad de la reproducción de la especie como una responsabilidad conjunta y compuesta entre hombres y mujeres. Además, considero que desde las escuelas se debe de incorporar, más que un programa de formación sobre la fertilidad, un programa de formación sobre el cuerpo, para conocerlo y generar un hábito de observación, respeto y cuidado. No olvidemos que es fundamental que este tema tenga más importancia durante la formación de los médicos, para que se apropien del tema, comprendan su importancia y tengan

a su disposición, y a la de sus pacientes, diferentes opciones para gestionar la fertilidad.

Otra base de mi propuesta es el llamado a las mujeres de apropiarse de su propia fertilidad mediante el conocimiento. El cambio radica, primordialmente, en nosotras las mujeres. Es deber nuestro conocer nuestra fertilidad para habitar nuestro cuerpo de manera responsable, por ende, vivir una vida más virtuosa, de la mano con una imperativa necesidad de involucrar a los hombres en el tema.

Finalmente, es justamente esa capacidad de desentramar el tejido que resulta en un problema ético sobre la vida lo que hace de la Bioética la disciplina que debe encargarse de este tipo de temas. Al complejizar un problema, podemos entender las partes que lo componen, lo cual facilita la construcción de un camino de acción para atender el asunto y cambiar la realidad. ¿Si no entendemos un problema y su complejidad, como se supone que vamos a solucionarlo? Aunque el fin de dilucidar un problema sea buscar soluciones, el solo hecho de poner al problema en evidencia y sobre la mesa de discusión, es un gran paso. Haciendo esta investigación, me di cuenta de que este es uno de los roles más importantes que tiene la disciplina, y es de las herramientas más valiosas que tiene la Bioética para ofrecer a la sociedad.

Para cerrar, tengo tres sugerencias. Primero, para la Bioética queda mucho por investigar en el tema y personalmente este es un camino que a penas comienza. Ahora que he dilucidado el problema, que era objetivo de este trabajo, considero pertinente hacer una investigación de campo con mujeres

consumidoras de AHF. Segundo, como mencioné anteriormente, es necesario que este tema se incorpore en los procesos de formación de los médicos, sobre todo los ginecólogos. También sugiero a los médicos a investigar por sus propios medios para mejorar la atención que dan a sus pacientes. Y tercero, a las mujeres que deseen gestionar su fertilidad, les sugiero informarse adecuadamente antes de ir al doctor, para tener un ojo crítico a la hora de recibir atención médica (ver el anexo 5).

4. BIBLIOGRAFIA

Profamilia, U. &. (2010). Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Recuperado el 09 de 04 de 2020, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%202010.pdf>

Nussbaum, M. (2007). Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión. Barcelona: Paidós.

Planned Parenthood Federation of America, Inc. (2012). Historia de los métodos anticonceptivos. Recuperado el 04 de 11 de 2019, de https://www.plannedparenthood.org/files/9913/9978/2156/bchistory_Spanish_2012.pdf

Guash, Ó. (2007). La crisis de la heterosexualidad (2 ed.). Barcelona: LAERTES.

Johnston, J., & Zacharias, R. (2017). The future of reproductive autonomy . Hastings Center Report , S6-S11.

Foucault, M. (2012). Historia de la sexualidad 2. El uso de los placeres. Madrid: Biblioteca Nueva.

Brown, J. L., Gattoni, M. S., Pecheny, M., & Tamburrino, M. C. (2013). Cuerpo, sexo y reproducción. La noción de autonomía de las mujeres puesta en cuestión: el aborto y otras situaciones sensibles. Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad, 37-49.

Foucault, M. (2001). La hermenéutica del sujeto . Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina, S.A.

Briden, L. (2019). Cómo mejorar tu ciclo menstrual . GREENPEAK.

Castro, R., & Erviti, J. (2015). Capítulo V. El origen social de los patrones (autoritarios) de prescripción anticonceptiva de los médicos. En R. Castro, & J. Erviti, Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos (págs. 201-226). Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México .

Marks, L. (1997). Historia de la píldora anticonceptiva. Ciencias, 32-39. Obtenido de <https://www.revistaciencias.unam.mx/en/197-revistas/revista-ciencias-48/1879-historia-de-la-píldora-anticonceptiva.html>

Felitti, K. (2012). Introducción . En K. Felitti, La Revolución De La Píldora. Sexualidad y política en los sesenta. (págs. 9-18). Buenos Aires: Edhasa.

Felitti, K. (2009). Derechos reproductivos y políticas demográficas en América Latina. Revista de Ciencias Sociales, 35, 55-66.

Neyro-Bilbao, J. L., Elorriaga, M. Á., & Lira-Plascencia , J. (2015). Anticoncepción y bioética: entre la objeción de conciencia y el principio de autonomía. Ginecología y Obstetricia de México, 83, 125-138.

Foucault, M. (2000). Defender la sociedad. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina, S.A.

Marks, L. (1997). Historia de la píldora anticonceptiva. Ciencias, 32-39.

Colón, D. (2010). Ciencia Puerto Rico. La píldora anticonceptiva y Puerto Rico. Obtenido de <https://www.cienciapr.org/es/external-news/la-pildora-anticonceptiva-y-puerto-rico>

Pérez, J. (2010). Puerto Rico, el laboratorio anticonceptivo mundial. Obtenido de <https://apuntesdedemografia.com/2010/11/29/puerto-rico-el-laboratorio-anticonceptivo-mundial/>

García, A. (Dirección). (1982). La operación [Película].

Planned Parenthood. (2019). Planned Parenthood. Nuestra Historia Obtenido de <https://www.plannedparenthood.org/es/sobre-nosotros/quienes-somos/nuestra-historia>

Berrios, R., Hernández, R., Sánchez, R., Mari, J., Maldonado, M., Labastida, J., González (2017). Puerto Rico, una crisis histórica. Buenos Aires: CLACSO.

UNESCO. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Universidad de Navarra. Centro de documentación en Bioética. Obtenido de <http://www.unav.es/es/cdb/>

Palomino, P., Grande, M., & Linares, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Revista Internacional de Sociología, 71-91.

Naciones Unidas. (2014). Los derechos de la mujer son derechos humanos. Obtenido de https://www.ohchr.org/Documents/Publications/HR-PUB-14-2_SP.pdf

Cordona-Lozada, D. (2014). Mujeres, Anticonceptivos, ¿Liberación Femenina? *Bioética y Persona*, 12-21.

Brighten, J. (2019). *Beyond the Pill, A 30-Day Program to Balance Your Hormones, Reclaim Your Body, and Reverse the Dangerous Side Effects of the Birth Control Pill*. New York: HarperCollins.

Scutti, S. (31 de 10 de 2016). Suspenden estudio de anticonceptivo masculino altamente efectivo por efectos secundarios. Recuperado el 07 de 2020, de CNN en español: <https://cnnespanol.cnn.com/2016/10/31/inyeccion-anticonceptiva-masculina-es-altamente-efectiva-pero-tiene-efectos-secundarios/>

López, A., Chávez, C., & Granados, J. (2005). Función biológica del complejo principal de histocompatibilidad. *Revista de investigación clínica*, 57(2), 132-141.

Boston Women's Health Book Collective. (2013). *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*. Nueva York: Siete Cuentos.

Nissim, R. (1985). *Manual de ginecología natural para mujeres*. España: Icaria.

Felitti, K. (2018). PEDAGOGÍAS DE LA MENARQUÍA: ESPIRITUALIDAD, GÉNERO Y PODER. *Sociedad y Religión*, 135-160.

The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020 de 2015). *Menstruation in Girls and Adolescents: Using the Menstrual Cycle as a Vital Sign*. Obtenido de ACOG: <https://www.acog.org/clinical/clinical->

guidance/committee-opinion/articles/2015/12/menstruation-in-girls-and-adolescents-using-the-menstrual-cycle-as-a-vital-sign

- Beaucamp, & Childress. (2001). Respect for Autonomy. En Beaucamp, & Childress, *Principles of Biomedical Ethics* (págs. 57-80). New York: Oxford.
- Ferrer. (1998). El contenido de los principios en la propuesta de Beaucamp y Childress. En Ferrer, *Los principios de la Bioética* (págs. 37-60). San Juan : Noviciado Jesuita.
- Aristóteles. (2013). Libro II: la virtud en general . En *Ética Nicomaquea* (págs. 23-37). México: Porrúa .
- Pence, G. (1995). La teoría de la virtud. En *Compendio de Ética* (págs. 347-359). Madrid: Alianza Editorial S.A.
- Korn, A. (1994). *La libertad creadora* . Buenos Aires: LOSADA S.A.
- Arpidi, A. (1987). *La cuestión de la libertad en tres pensadores americanos: Alejandro Korn, Alejandro Deutsa, Jose Vasconcelos*. Obtenido de Universidad Nacional del Cuyo:
https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4267/05-vol-04-arpini.pdf
- Polo, M. (2019). La responsabilidad ética. *Veritas*, 49-72.

5. ANEXOS

Anexo1: Cronología de políticas y creación de instituciones relacionadas al control de la natalidad en Colombia y Costa Rica

Cuadro I. Cronología Colombia

Fecha	Acontecimiento	Nota
1959	Se crea la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME.	Primera institución en promover la planificación familiar.
1964	Se incorpora ASCOFAME a una División de Estudios de Población (DEP). Se creó la Asociación Colombiana para el Estudio de la población (ACEP).	Ambas son entidades privadas, que se ocupan sobre temas relacionados al crecimiento poblacional, apoyadas por la cooperación de México, Chile y Estados Unidos.
1965	Se crea la Asociación	Entidad privada sin

	<p>Probienestar de la Familia Colombiana – Profamilia.</p>	<p>ánimo de lucro. Bajo un discurso solidario y filantrópico se posiciona como institución promotora y defensora del derecho humano a la planificación familiar.</p> <p>Trae al país anticonceptivos como la píldora y los dispositivos intrauterinos-DIU.</p>
<p>1970</p>	<p>Profamilia estableció el primer programa de esterilización para hombres y mujeres.</p>	<p>Este programa requería que las cirugías de esterilización femenina, contaran con la autorización de la pareja. Lo cual no era necesario para las de esterilización masculina.</p> <p>Esto era un irrespeto a la autonomía de las mujeres, debido a que no eran capaces de decidir</p>

		libremente acceder a este método de anticoncepción.
1974	I Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.	Políticas de control de natalidad – se considera que el crecimiento demográfico de ciertos países obstaculizaba el desarrollo.
1984	II Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.	Se mantuvo la presión de reducir las tasas de natalidad en los países pobres.
1992	La Política “Salud para las mujeres, mujeres para la salud”. La Resolución 412 de 2007: directrices sobre Planificación Familiar.	Se buscaba fortalecer el protagonismo femenino en el sistema de salud y el reconocimiento de su participación como sujetos de las decisiones sobre su vida, su cuerpo, su sexualidad y su salud.

		Se fijaron seis prioridades/áreas de intervención para el Estado: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de la población adolescente, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida y violencia doméstica y sexual.
1994	III Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.	Reconocimiento de los derechos reproductivos, como derechos humanos.

Fuente: elaboración propia a partir de (Profamilia, 2010)

Cuadro II. Cronología Costa Rica

Fecha	Acontecimiento	Nota
1950	Costa Rica se consideraba uno de los países con mayor fecundidad en el mundo.	La tasa de fecundidad era de 7 hijos por mujer.
1963	Inicio de la difusión de la pastilla anticonceptiva.	<p>Se empieza a importar la pastilla anticonceptiva por parte del sector privado.</p> <p>La distribución y abastecimiento de los AHF se da por medio de donaciones de organismos internacionales (la Federación Internacional de Planificación de la Familia, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Agencia Interamericana</p>

		de Desarrollo).
1966	<p>Se crea la Asociación Demográfica Costarricense.</p> <p>La prensa asume un rol importante en el tema de planificación familiar.</p> <p>Se crea la Asociación Demográfica Costarricense (ADC).</p> <p>Se estableció el Centro de Estudios Sociales de Población (CESPO).</p>	<p>Su propósito era la difusión de información sobre antoconceptivos, seminarios, educación, planificación familiar. De esta institución nace el Programa Nacional de Planificación Familiar.</p> <p>La República, La Nación y La Prensa Libre, los tres periodicos más imporantes del país hacen un fuerte publicidad y difusión de los métodos anticonceptivos.</p> <p>La ADC fue el organismo central del Programa.</p>
1967	Se crea la Oficina de Población (OP),	Esta se encarga de propiciar clínicas que

	<p>extensión del Ministerio de Salud.</p> <p>Se establece el Programa Nacional de Planificación Familiar (PNPF).</p>	<p>ofrecen servicios de anticoncepción y procesos educativos.</p>
1968	<p>El Estado, a través de la CCSS (Caja Costarricense del Seguro Social) empieza a dar el servicio de planificación familiar.</p> <p>Se crea el Programa Nacional de Planificación Familiar y Educación Sexual.</p>	<p>El Programa es creado por la colaboración de instituciones públicas, autónomas y privadas.</p> <p>Se le da mucha importancia a que el sector público asuma el tema de planificación familiar desde un enfoque de la difusión de métodos anticonceptivos.</p>
1969	<p>CCSS asume la universalización del servicio anticeptivo en todo el país.</p>	<p>Se establece que los AHF son parte de los medicamentos básicos que debe ofrecer el Estado a la población.</p>

1978	Nace CONAPO (Comité Nacional de Políticas de Población)	
1987	Se denota un aumento pronunciado del consumo de anticonceptivos.	Se reporta en un en una encuesta nacional de población que el 70% de las mujeres casadas utilizaban un método anticonceptivo hormonal.
1986	Se denota una disminución pronunciada en le Tasa Global de Fecundidad. También hay un aumento de la esterilización de la población.	Pasa de 6,5 hijos por mujer (1970) a 3,2.

Fuente: Elaboración propia a partir de (Gómez, 1970) (Oberle, *et. Al.* , 1989) (Brenes & Nielssen, 2013)

Anexo 2: Implicaciones a nivel de especie de los AHF

El consumo de los AHF y selección de la pareja sexual

Brighten (2019), en su libro “Beyond the pill” o “Más allá de la píldora” (traducido en español), habla del efecto que tienen los AHF en la descendencia de la especie humana. El olor juega un papel sumamente importante como factor de selección de la pareja sexual de una persona. El olor de una persona revela su CMH (complejo mayor de histocompatibilidad⁹).

Las mujeres, generalmente, prefieren parejas hombres que tienen un CMH diferente al suyo. Esto induce mayor variabilidad genética, lo cual representa una ventaja para la descendencia. Pero, cuando una mujer consume la píldora, su sentido del olfato cambia y se marca una tendencia a preferir a un hombre con un olor, con una genética parecida a la suya.

Según la doctora, no hay una teoría que permita entender este comportamiento, pero está la hipótesis de que al alterar el eje hipotalámico-pituitario-gonadal (HPG) en una manera que es similar al embarazo, hace que haya una tendencia a que la mujer busque asociaciones que le resulten familiares, como un mecanismo de sobrevivencia para buscar apoyo energético y afectivo para vivir el embarazo y asumir conjuntamente la crianza.

⁹ El CHM es una familia de genes ubicados en el brazo corto del cromosoma 6 en humanos, cuya función es la codificación de moléculas que participan en la presentación de antígenos a los linfocitos T permitiendo la activación de procesos críticos en la generación de la respuesta inmunitaria. Básicamente, estos genes toman proteínas que necesitan ser tratadas por el sistema inmune y las hacen visibles (fáciles de encontrar). El CHM determina la susceptibilidad de la persona a enfermedades autoinmunes (López, Chávez, & Granados, 2005).

Si los AHF inducen a generar una descendencia con sistemas inmunes más débiles y hemos estado consumiendo este medicamento por múltiples generaciones, es delicado el efecto que pueda tener en nuestra especie y sociedad. Aunque las enfermedades autoinmunes son muy complejas y multi-variables, no tiene sentido achacar un aumento de estas enfermedades al uso de los AHF, sin embargo, ha habido un gran aumento de las enfermedades autoinmunes en las generaciones posteriores a la inducción de la píldora.

Anexo 3: El ciclo menstrual

Resumen del ciclo menstrual (Brighten, 2019):

Las tres fases del ciclo son: (i) la folicular, (ii) ovulatoria y (iii) lútea. El primer día del ciclo es el día 1 del sangrado (el cual dura entre 4 y 6 días). Terminado el sangrado, hay una caída de estrógeno y progesterona (hablaremos de estas hormonas más adelante). El día 8 empieza a subir el estrógeno nuevamente y alrededor del día 9-10 se abre la ventana fértil (5 días antes de ovular). La ventana fértil de una mujer dura de 5 a 6 días al mes. Esto se debe a que el ovulo solo vive un día, pero el esperma puede resistir viable en el útero de 5 a 6 días. Por ende, la fecundación puede darse en este plazo de días. Cuando llega la cumbre de producción de estrógeno, de la mano con un pico de la hormona luteinizante (HL), se dispara la ovulación, lo cual marca la fase ovulatoria. Acá se estimulan los ovarios, liberándose el huevo, esperando a implantarse. Acto seguido, el ovulo baja por la trompa de Falopio y se implanta o se disuelve para salir con la menstruación. Cerrada la ventana fértil, se entra en la fase lútea, preparándose el cuerpo nuevamente para la menstruación, si es que no hubo embarazo. Empieza a subir la progesterona

hasta llegar a su tope, más o menos el día 21, y empieza la caída de progesterona, culminando en el sangrado menstrual.

**Principales hormonas vinculadas al ciclo fértil femenino (Brighten, 2019)
(Briden, 2019):**

1. Estrógeno

Es producida por los ovarios, glándulas adrenales, células grasas, cerebro y otros tejidos. Es la responsable de crear el recubrimiento uterino, las curvas femeninas y afecta la salud de la piel. Ayuda a mantener el buen funcionamiento del cerebro y corazón, también a mantener los huesos fuertes. Pasa por todo el cuerpo, afectando todos los tejidos de este.

El desbalance hormonal más común es el exceso producción de estrógeno. Esto produce densos y dolorosos periodos menstruales, fibromas, quistes en los ovarios, alta sensibilidad en las mamas, fibroquistes en las mamas, y aumenta el riesgo de cáncer (seno y útero).

2. Progesterona

Esta hormona es producida por los ovarios, liberada por el cuerpo lúteo (para preparar al útero para la implantación), las glándulas adrenales y la placenta (en caso de estar embarazada). Esta hormona ayuda a sentir tranquilidad y calma. Además, mejora la calidad del sueño, aporta a la salud de los huesos, protege los pechos y útero contra el cáncer, produce cortisona, mejora el apetito y almacenamiento de grasa.

El desbalance más común es la baja producción de progesterona. Esto puede producir infertilidad, ansiedad, insomnio, irritabilidad, falta de ánimo, depresión, ciclos menstruales cortos, irregulares y dolorosos.

3. Testosterona

Esta hormona es secretada por los ovarios y glándula suprarrenal. Aumenta la energía y el sentido de seguridad. El exceso y déficit en la producción de esta hormona son desbalances bastante comunes en las mujeres. Mucha testosterona produce piel grasa, acné, pérdida de cabello, aparición de vello en lugares inusuales (pecho, abdomen y cara). Este desbalance es muy común posterior al consumo de AHF o por Síndrome de Ovario Poliquístico. Poca testosterona debilita los huesos, afecta el sistema nervioso, baja el ánimo, produce fatiga, pérdida de masa muscular y disminución marcada de la libido. Este desbalance es muy común durante el consumo de AHF.

4. Cortisol

Es producida por las glándulas adrenales y es conocida como la hormona del estrés. Además, juega un rol muy importante en la salud del sistema inmune (modula la inflamación y las células inmunes), regula el azúcar en la sangre y la presión sanguínea, ayuda a prevenir la diabetes y ataques al corazón.

Poco cortisol puede producir debilitamiento del sistema inmune, generando una mayor tendencia a enfermarse y dolores de cabeza crónicos.

5. Dehidroepiandrosterona

Producida por glándulas adrenales, es convertida en estrógeno y testosterona. Tiene un rol importante en proporcionar energía al cuerpo, en el procesamiento de grasas, en la memoria y la libido.

6. Tiroides (tiroxina (t4) y tiryodotironina (t3))

La tiryodotironina (t3) es la hormona inactiva, la cual se activa mediante el intestino, riñones e hígado en (t4), la cual tiene gran influencia en el estado anímico, el metabolismo y la disposición de energía en el cuerpo.

El desbalance más común es la poca secreción de la hormona, produciendo ciclos irregulares, infertilidad, fatiga, sequedad de la piel, pérdida de cabello, lagunas mentales, desordenes digestivos, abortos, entre otros efectos.

7. Insulina

Es producida por el páncreas para llevar azúcar de la sangre a las células. Mucha insulina de manera crónica puede desencadenar en altos niveles de estrógeno. En el caso del ovario poliquístico, la insulina y la hormona lutenizante trabajan juntas estimulando la producción de andrógenos como la testosterona.

Anexo 4. Anatomía de la vagina y útero

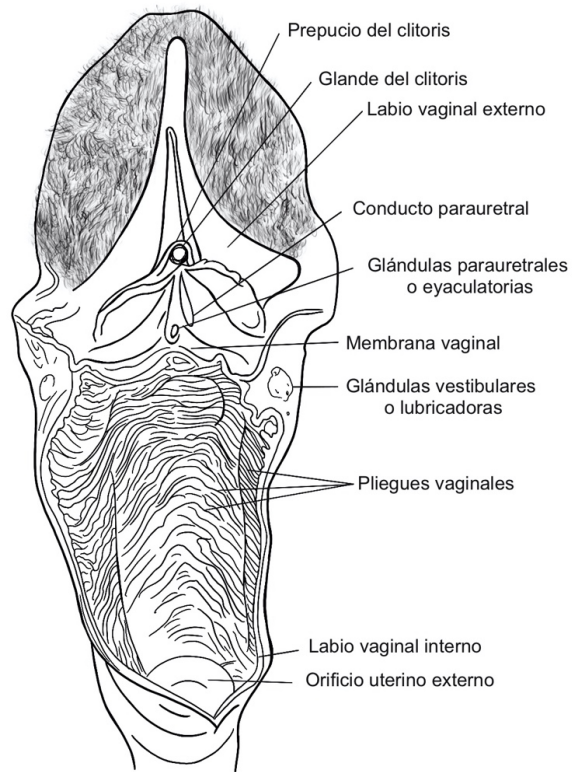


Imagen 1. Anatomía de la vagina Fuente: elaboración propia a partir de (Parrondo, Pérez-Medina, & Álvarez-Heros, s.f.)

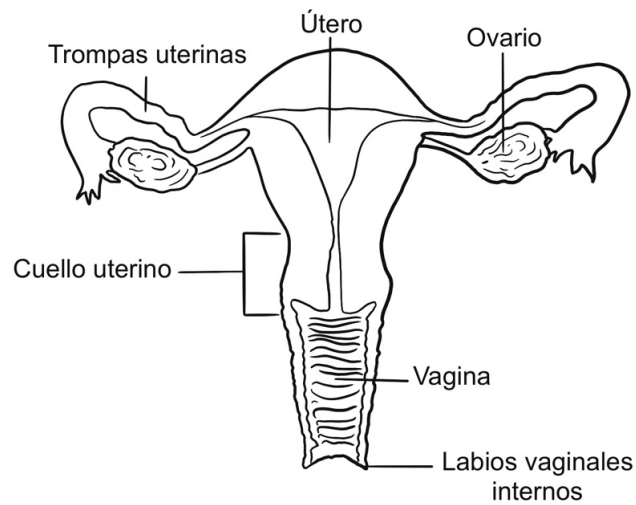


Imagen 2. Anatomía del útero. Fuente: elaboración propia a partir de (ADAM, 2020)

Anexo 5: Bibliografía recomendada sobre fertilidad consciente

1. Ávila, García, Lezama, & Morales. (2015). MÉTODO DE OBSERVACIÓN DE LA FERTILIDAD. Obtenido de [Http://midiariofertil.com](http://midiariofertil.com)
2. Ehreulich, & English. (1973). Free to choose, A women's guide to reproductive freedom. Oregon: Eberhardt .
3. Ehrenreich, & English. (2005). For her own good. Two centuries of the experts advice to women. New York: Anchor .
4. Boston Women's Health Book Collective. (2013). Nuestros cuerpos, nuestras vidas. Nueva York: Siete Cuentos.

5. Nissim, R. (1985). Manual de ginecología natural para mujeres. España: Icaria.
6. Northrup. (1999). Cuerpo de Mujer, Sabiduría de Mujer. Una guía para la salud física y emocional. Barcelona: Urano.
7. OMS. (2009). Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Luxembourg: OMS.
8. Hatcher, Rinehart, Blackburn, Geller, & Shelton. (2003). The essentials of contraceptive technology. Baltimore: The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health .
9. Briden, L. (2019). Cómo mejorar tu ciclo menstrual . GREENPEAK.
10. Brighten, J. (2019). Beyond the Pill, A 30-Day Program to Balance Your Hormones, Reclaim Your Body, and Reverse the Dangerous Side Effects of the Birth Control Pill. New York: HarperCollins.

Nota:

Los textos del 1 al 8 se encuentran disponibles para descarga en la Biblioteca virtual de Ginecología Autogestiva de la colectiva Vulva Sapiens: <https://we.riseup.net/ginediy>.

Anexo 6: Colectivas y grupos de educación no formal sobre fertilidad consciente

Cuadro II. Colectivos y grupos que imparten educación no formal en temas de ginecología autogestiva, ciclo menstrual y gestión alternativa de la fertilidad

Nombre	País	¿Dónde puedo encontrar información?
Vulvasapiens	México	https://www.vulvasapiens.net
Voces fieras	Costa Rica	https://instagram.com/vocesfieras?igshid=1asgmimv8smpz
Manada de ginecología autogestiva	Costa Rica	https://instagram.com/manadaginecologiaautogestiva?igshid=1g5xe23i0picr
Nación Ovulación	Costa Rica	https://instagram.com/nacionovulacion?igshid=e878n6qq31io
Somos Uvia	Argentina	https://instagram.com/somosuvia?igshid=xwzqo3x0pjp1

Fuente: elaboración propia