

Vida Humana Internacional

Dossier: “La anticoncepción y sus consecuencias” (I)

1. Farmaceutas provida: La píldora “del día después” es abortiva.....	2
2. EEUU: La anticoncepción no impide el aumento del número de abortos..	3
3. Los fallos del preservativo y el “sexo seguro”: panorámica.....	6
4. Cómo funcionan la píldora y otros anticonceptivos.....	13
5. México: quieren obligar a distribuir la abortiva “píldora del día siguiente”	26
6. La píldora anticonceptiva es un coctel de molotov para el cáncer de seno.	27
7. España: La anticoncepción vinculada al aumento de la tasa del aborto.....	29
8. La mentalidad anticonceptiva.....	32
9. EEUU: obispos instan a sacerdotes a predicar contra la anticoncepción....	33
10. EEUU: Decisión de Obama impulsada por ideología totalitaria.....	35
11. Efectos negativos de la píldora anticonceptiva.....	36
12. Un llamado a la acción: Detengamos el mandato de la anticoncepción...	38
13. EEUU: ¡mañana vence el plazo para impedir el mandato!.....	41
14. La diferencia moral entre la anticoncepción y la PNF.....	43
15. El falso estudio científico que sirvió de base al mandato de Obama (III)..	45
16. HLI: Llamémosle a la intolerancia anticatólica por su nombre.....	46
17. Respuesta de HLI al Gobernador Robert Jindal.....	48

1. Farmaceutas provida: La píldora “del día después” es abortiva

Debido a la vigencia que sigue teniendo este tema, nos ha parecido importante reproducir el testimonio que, en calidad de experta, envió la Dra. Karen L. Brauer M. S. R. Ph. sobre la píldora “del día después” a un tribunal de México hace algunos años:

Debemos caer en la cuenta de que la píldora “del día después” (PDD) no es un fármaco que libera a las mujeres de estar encadenadas a su aparato reproductor, sino que es una píldora que hace que las mujeres estén más disponibles a muchas clases de abusos, ya que proporciona los medios para encubrir estos abusos.

La información de los fabricantes que se encuentra en el paquete de las píldoras combinadas “del día siguiente” y las píldoras “del día siguiente” de sólo progestinas admite que estos fármacos pueden funcionar poniéndole fin a una vida humana. Sin embargo, los que promueven el uso de estas píldoras continúan mintiendo a las mujeres acerca de esta realidad. Por favor, lean las referencias que aparecen al final de este artículo, las cuales declaran que uno de los mecanismos de estas píldoras es impedir la implantación de un embrión humano [1], [2], [3], [4].

Si la ley en México protege al ser humano del homicidio deliberado, desde la fertilización en adelante, entonces la distribución de éste fármaco, cuya eficacia depende significativamente del mecanismo ya mencionado, no es coherente con dicha ley [5]. Las Filipinas han prohibido el uso de la píldora “del día siguiente” basándose en su constitución, la cual protege legalmente a toda vida humana desde la concepción en adelante [6].

También es deshonesto que se distribuya la píldora “del día siguiente” a las pacientes, limitándose a decir que es un anticonceptivo, ya que ello implica que sólo funciona para impedir la fertilización.

Nuestra organización, Pharmacists for Life Internacional (Internacional de Farmaceutas Provida), va a trabajar con diligencia para informar a la gente de todo el mundo acerca de los mecanismos de acción de las píldoras “del día siguiente”, para que aquellos que se sientan ética o religiosamente inclinados a evitar la matanza de cualquier ser humano, sepan evitar el uso de estos fármacos como métodos para controlar la natalidad.

Karen Brauer M.S. R.Ph.
Presidente
Pharmacists for Life International
<http://www.pfli.org/>

Notas:

[1]. Experience with the Morning After Pill in Thailand. Bangkok Post, junio 2002.

<http://www.morningafterpill.org/nagkok.htm>.

[2]. The Preven Prescribing Information, <http://www.preven.com/prodinfo/presinfo-span.ASP>.

The Plan B Prescribing Information, <http://www.go2planb.com/section/about/package-insert/?PHPPPPSESSID=ed38774bb5850e5c615a12c82891be06>

- [3]. The Postinor Prescribing Information, <http://www.medsafe.govt.nz/Profs/Datasheet/Postinor2tab.htm>. Por favor, observe que la versión en castellano no tiene la sección sobre la acción farmacológica que informa sobre el mecanismo de acción.
- [4]. Medical Review of the Actions of The Morning After Pill Published in the Annals of Pharmacotherapy, 2002, <http://www.physiciansforlife.ca/Postfertilization%20Effect%20Hormonal%20%Emergency%20Contraception.pdf>
- [5]. Nota de VHI: Aunque el Distrito Federal, lamentablemente, ha legalizado el aborto hasta las 12 semanas de gestación después de este testimonio, la mayoría de los estados de México siguen prohibiéndolo. Por lo tanto, el argumento de Brauer sigue siendo vigente.
- [6]. Morning after Pill Banned in The Philipines, enero de 2002, CNS News. <http://www.cnsnews/ViewForeignBureaus.asp?Page=\ForeignBureaus\archive\200201\FOR2002108a.html>.
-

2. EEUU: La anticoncepción no impide el aumento del número de abortos

El uso de anticonceptivos es ya virtualmente universal entre mujeres en edad reproductiva [1]. El 89% de las mujeres sexualmente activas en edad reproductiva y que pueden quedar embarazadas, usan métodos anticonceptivos, y el 98% los han usado alguna vez en su vida [2]. Entre las adolescentes sexualmente activas que no quieren quedar embarazadas, todas, excepto el 7%, están usando métodos anticonceptivos [3].

Con el uso típico, los anticonceptivos frecuentemente fallan en impedir el embarazo. Durante los doce primeros meses del uso de anticonceptivos, el 16,4% de las adolescentes quedan embarazadas. Si la adolescente está cohabitando con su novio, el índice de fallo de los anticonceptivos se eleva al 47%. Entre las parejas que cohabitan y tienen bajos ingresos, el índice de fallo es del 48% para las píldoras anticonceptivas y del 71% para los condones [4]. El 48% de las mujeres que tenían la intención de no quedar embarazadas lo estuvieron [5], y *el 54% de las mujeres que acuden al aborto estaban usando métodos anticonceptivos en el momento que quedaron embarazadas* [6]. El experto en anticoncepción James Trussell de la Universidad de Princeton dice: “La píldora es un método anticuado porque no funciona suficientemente bien. Es muy difícil para las mujeres tomar una píldora cada día”⁷. El embarazo es tan probable incluso con un ligero retraso, que las líneas de actuación del gobierno avisan a las mujeres de usar métodos anticonceptivos de emergencia si han tenido relaciones sexuales no protegidas” [8]. (Nota de VHI: Obsérvese en esta cita, cómo el autor citado utiliza un lenguaje muy negativo respecto de la procreación al usar los términos “emergencia” y “relaciones sexuales no protegidas” en relación al embarazo. Por supuesto, este lenguaje utilizado es responsabilidad del autor y no de los que lo citan. Por lo demás, el uso de la mal llamada “anticoncepción de emergencia” por cualquier motivo es siempre gravemente inmoral.)

¿Por qué los anticonceptivos funcionan peor de lo que se nos dice? La efectividad de los anticonceptivos es frecuentemente estimada mediante una base por uso que induce a error, o como índices de fallo sobre doce meses de uso entre todas las mujeres en edad reproductiva. Esto desestima grandemente el fallo entre adolescentes y no tiene en cuenta el riesgo acumulado de actividad sexual más frecuente. Numerosos estudios que examinaron el comportamiento sexual y la transmisión de enfermedades venéreas, han demostrado el riesgo del comportamiento compensatorio. Por ejemplo, existe una gran disposición a involucrarse en comportamiento potencialmente arriesgado cuando uno cree que el riesgo ha sido reducido mediante la tecnología [9]. El acceso cada vez mayor a los métodos anticonceptivos da a los adolescentes una falsa sensación de seguridad, lo que lleva a una iniciación a una edad más joven en la actividad sexual y a tener más compañeros sexuales, lo que va en contra de cualquier intento de reducción de los embarazos no deseados.

Los estudios demuestran que el mayor acceso a la anticoncepción no reduce el número de embarazos ni de abortos. David Paton, autor de cuatro estudios en esta área, no ha encontrado “ninguna evidencia” de que “la facilidad que produce la planificación familiar [anticonceptivos], reduzca el número de embarazos adolescentes o los índices de aborto” [10]. Él presenta la experiencia del Reino Unido: “Está claro que proveer más clínicas de planificación familiar, lejos de tener el efecto de reducir los índices de concepción, ha llevado de hecho a un incremento. La disponibilidad de la píldora del día después parece haber llevado a un comportamiento más arriesgado. Parece ser que si la gente tiene acceso a consejos de planificación familiar, piensan automáticamente que tienen un menor riesgo de embarazo [11]. K. Edgardh encontró que a pesar de la consejería a favor de los anticonceptivos, los condones y los anticonceptivos orales de bajo costo, hicieron que los índices de abortos de las adolescentes suecas subieran desde el 17 por mil al 22,5 por mil entre 1995 y 2001 [12]. Peter Arcidiacono encontró que entre las adolescentes “el acceso más fácil a la anticoncepción puede incrementar a largo plazo los índices de anticoncepción, incluso aunque los haga decaer a corto plazo. Por otra parte las políticas que hacen más difícil recurrir a la anticoncepción y así llevar a un menor índice de actividad sexual, hacen bajar los índices de embarazo a largo plazo” [13].

Los métodos anticonceptivos “de emergencia” (AE) no reducen el número de embarazos ni de abortos. 23 estudios publicados entre 1998 y 2006 y analizados por el Dr. James Trussell, de la Universidad de Princeton, midieron el efecto del mayor acceso a la AE, y el índice de embarazos y abortos. Ni uno sólo de los 23 estudios encontró una reducción en el número de embarazos ni de abortos, subsiguiente al mayor acceso a los AE [14]. Para más información véase “Hoja de conclusiones: Los anticonceptivos de emergencia fallan en la reducción del embarazo no deseado y el aborto” en www.usccb.org/prolife/issues/abortion/factsheetec21607.shtml (en inglés).

Una menor actividad sexual entre los adolescentes reduce el número de embarazos en las adolescentes de abortos. Un análisis de la reducción en el número de embarazos no maritales entre adolescentes desde 1991 a 1995 concluye: “la reducción entre el número de personas entre 15 y 19 años de edad que mantienen relaciones sexuales, es la causa de la reducción del 67% en el índice de embarazos” [15]. El Centro para el Control de las Enfermedades de Estados Unidos encontró (CDC, por sus siglas en inglés), que entre 1991 y el 2001, el “53% de la disminución en los índices de embarazos puede ser atribuido a la disminución de la actividad sexual” [16]. El éxito de Uganda en el combate contra la epidemia del SIDA, encierra lecciones para la reducción

del número de embarazos fuera del matrimonio y de abortos entre adolescentes y jóvenes. Según 150 expertos en este campo, “cuando uno se dirige a la gente joven, en especial a aquellos que no han comenzado su actividad sexual, la primera prioridad debería ser estimular la abstinencia y el retraso de dicha actividad [hasta el matrimonio], enfatizando así que el evitar el riesgo es el mejor método de prevenir el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, así como los embarazos. Después del inicio de la actividad sexual, el retorno a la abstinencia o ser mutuamente fiel con un compañero [esposo o esposa] no infectado, son los métodos más efectivos de evitar la infección” [17].

Notas:

[1]. Centers for Disease Control and Prevention, Advance Data no. 350, Dec. 10, 2004: “Use of Contraception and Use of Family Planning Services in the United States: 1982-2002”; www.cdc.gov/nchs/data/ad/ad350.pdf.

[2]. Guttmacher Institute, “Abortion in Women’s Lives”, www.guttmacher.org/pubs/2006/05/04/AiWL.pdf at 6-7.

[3]. Id., “Facts on Contraceptive Use,” January 2008; www.guttmacher.org/pubs/fb_contr_use.html.

[4]. H. Fu et al., “Contraceptive Failure Rates: New Estimates from the 1995 National Survey of Family Growth,” *Family Planning Perspectives* 31 (1999): 56-63 at 61.

[5]. “Abortion in Women's Lives”, nota 2 supra, en 7.

[6]. Guttmacher Institute, “Facts on Induced Abortion in the United States,” julio del 2008, www.guttmacher.org/pubs/fb_induced_abortion.html

[7]. D. Rose, “The Pill ‘has had its day as an effective contraceptive,’” *The Times* (UK), junio 26, 2008; www.timesonline.co.uk/tol/news/uk/health/article4215441.ece?articleid=4215441.

[8] *National Guideline Clearinghouse*, “The use of contraception outside the terms of the product license” (2005), Recomendación No. 18;

www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=7488&nbr=4433.

[9]. J. Richens et al., “Condoms and Seat Belts: the Parallels and the Lessons,” *The Lancet*, 355 (2000): 400-403; M. Cassell et al., “Risk compensation: the Achilles' heel of innovations in HIV prevention?”, *British Medical Journal* 332 (2006): 605-607; vea el resumen en www.bmj.com/cgi/pdf_extract/332/7541/605?ct.

[10]. D. Paton, “The Economics of Family Planning and Underage Conceptions,” *J. of Health Economics*, 21.2 (March 2002): 207-225; vea el resumen en

[www.sciencedirect.com/science/article/B6V8K-4537PJR-](http://www.sciencedirect.com/science/article/B6V8K-4537PJR-3/2/7b0ac0ed4b84065fae3119e1663e50bc)

[3/2/7b0ac0ed4b84065fae3119e1663e50bc](http://www.sciencedirect.com/science/article/B6V8K-4537PJR-3/2/7b0ac0ed4b84065fae3119e1663e50bc). Este estudio investigó 16 regiones de Inglaterra durante un período de 14 años y también se enfocó en los efectos del fallo Gillick, el cual del 1984 al 1985, exigió el consentimiento paterno para que las menores de 16 años pudieran obtener anticonceptivos en Inglaterra (pero no en Escocia). Como se esperaba, se redujeron grandemente las visitas a las clínicas entre las jovencitas inglesas menores de 16 años. Muchos esperaban ver un aumento de los embarazos y los abortos en este grupo, comparado con las jóvenes inglesas de más edad en Inglaterra y las de menos de 16 en Escocia. En lugar de esto, el estudio no encontró ningún aumento en embarazos o abortos en ese grupo, ni ningún descenso de los embarazos de menores o los abortos debido a un mayor acceso a la anticoncepción.

[11]. Citado en K. Ahmed, “Abortions rise in under-age sex crisis,” *The Observer* (UK), 17 marzo del 2002; www.guardian.co.uk/uk/2002/mar/17/medicalscience.socialsciences.

- [12]. K. Edgardh et al., "Adolescent Sexual Health in Sweden," *Sexually Transmitted Infections* 78 (2002): 352-6; disponible en <http://sti.bmjournals.com/cgi/content/full/78/5/352> .
- [13]. P. Arcidiacono et al., "Habit Persistence and Teen Sex: Could Increased Access to Contraception Have Unintended Consequences for Teen Pregnancies?" *Working Paper, Duke University Department of Economics* (Oct. 3, 2005): 1-38 at 31; www.econ.duke.edu/~psarcidi/teensex.pdf.
- [14]. E. Raymond et al., "Population Effect of Increased Access to Emergency Contraceptive Pills: A Systematic Review," *Obstetrics & Gynecology* 109.1 (enero del 2007): 181-8.
- [15]. J. Mohn et al., "An analysis of the causes of the decline in non-marital birth and pregnancy rates for teens from 1991-1995," *Adolescent and Family Health* 3.1 (Primavera del 2003): 339-47 at xx.
- [16]. J. Santelli et al., "Can Changes in Sexual Behaviors Among High School Students Explain the Decline in Teen Pregnancy Rates in the 1990s?", *Journal of Adolescent Health* 35 (2004): 80-90 at 80.
- [17]. D. Halperin et al., "The time has come for common ground on preventing sexual transmission of HIV," *The Lancet* 364.9449 (noviembre 27 del 2004): 1913-1915 at 1913. (Las frases entre corchetes [] son nuestras, no del original, las añadimos para enfatizar la verdad de que las relaciones sexuales deben ser reservadas exclusivamente para el matrimonio. De nuevo, los autores de este informe se limitan a citar lo que otros han dicho, lo cual no refleja para nada su propia postura al respecto.)

Este documento fue traducido del original "Greater Access to Contraception Does Not Reduce Abortions" y está siendo publicado con autorización de los autores: Secretariat of Pro-Life Activities - Secretariado de Actividades Provida, Conferencia de Obispos Católicos de EEUU, 3211 Fourth Street N.E. Washington DC 20017-1194, Tel: 202-541-3070 Fax: 202-541-3054. Email: prolife@usscb.org. Portal: www.usscb.org/prolife.

3. Los fallos del preservativo y el "sexo seguro": panorámica

Dr. Oscar Botta
Médico Especialista en Salud Pública
Centro para la Defensa de la Vida y la Familia
Universidad Católica de La Plata
2009

Introito

Cuando se habla de "Sexo Seguro" desde los niveles centrales de los gobiernos de todas partes del mundo - salvo excepciones como Filipinas y Uganda hace unos años - sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual, se habla y se transmite a la población general una seguridad total en lo que concierne al uso del preservativo para evitar el contagio del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) que conduce inevitablemente al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Lamentablemente no se puede hablar verdaderamente de una total protección del preservativo para evitar enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

La finalidad de este trabajo de investigación bibliográfica es comunicar la verdad sobre las fallas gravísimas del preservativo y aclararle a la población general que el SIDA es una enfermedad fundamentalmente del comportamiento humano.

La confiabilidad dada por el preservativo es relativa y el error fue haber reducido la prevención del SIDA y todas las Enfermedades de Transmisión Sexual solo a su buen uso. Ningún preservativo asegura el 100% de eficacia y la tasa de fracaso medio es del 13%.¹

De lo más importante, el estilo de vida, no se habla, y el sexo desordenado y la promiscuidad favorecida por políticas sanitarias permisivas y por ciertos medios de comunicación conducen a que, por cada persona que se pone bajo tratamiento otras seis se infecten en el mundo. Estamos perdiendo la batalla contra el virus dijo el principal consejero en VIH/SIDA del Presidente Bush en el año 2007.²

Se espera que el número de pacientes seropositivos (infectados con el virus del SIDA) se eleve de 40.000.000 en la actualidad a 60.000.000 para el año 2015.

Efectos de las campañas del “sexo seguro”

Debo aclarar ante todo el significado y origen del vocablo SEXO SEGURO (SAFE SEX EN INGLÉS). Fue creado en EEUU en California y luego se empezó a usar en Nueva York hace más de 20 años. Esta expresión fue usada para tratar de disminuir desde la Salud Pública y los Gobiernos el riesgo de SIDA a través del uso del preservativo durante las relaciones sexuales. Supone una confianza muy alta en la eficacia del preservativo y es sostenida por los medios de comunicación. Se funda en que “el látex” es lo único para prevenir la transmisión del SIDA. La sub-Comisión para la familia y la Vida de la Conferencia Episcopal Española dijo que las Campañas que promovieron el preservativo en España son gravemente irresponsables por tres motivos: “porque inducen a engaño, porque ocultan información y porque no colaboran a la prevención, sino a una mayor difusión de las conductas de riesgo, ya que las autoridades sanitarias están dando el visto bueno a las conductas y estilos de vida que son responsables de la epidemia.”³

La expresión “safe sex” o sexo seguro es inexacta y contiene una ilusión peligrosa. La publicidad dada al preservativo para prevenir el SIDA tiene lamentablemente un efecto contrario al buscado. La epidemia que hubiera podido ser detenida al inicio de su expansión se extendió a todo el mundo arrastrando a millones de víctimas.

¹ Lelkens, Joanes.P.M. .Profesor Emérito de Anestesiología. Universidad de Maastrich. Profesor de Fisiología del Instituto Medo de Kerkrade. Países Bajos. “AIDS: IL Preservativo Non Preserva”. Studi Cattolici. N° 405. Noviembre 1994. ANNO XXXVIII

² Fauci, Anthony. Relato en la Reunión de la Asociación Internacional de Sida. Sydney. Australia. Publicado en La Nación. 24 de julio de 2007.

³ 100 Cuestiones y Respuestas sobre el SIDA y la actitud de los católicos. Febrero de 2002. n. 55.

La epidemia no se detiene con el preservativo, podemos ver lo que pasa en los países ricos, donde la contaminación sexual continua al mismo ritmo.

Además aparece un nuevo riesgo desde lo epidemiológico, el llamado “riesgo acumulativo” porque cuanto más se multipliquen las experiencias sexuales persuadidas por la impunidad dada al preservativo tanto más se elevarán los contagios. Es como una ruleta rusa y con ésta política para contagiarse, gana el virus del SIDA.

Se reconoce abiertamente en ambientes científicos que el preservativo no es seguro al 100%, se habla por lo general de una media entre 10% y 15% de ineficacia, porque los virus del SIDA son más filtrantes que los espermatozoides.⁴

El portador sano del virus del SIDA

El portador sano de HIV no existe. Los italianos lo llaman “morituori” y representan un peligro mortal para sus compañeros sexuales si no se dice la verdad. Por eso para evitar contagiarse de SIDA se deben aclarar muchas cosas, especialmente sobre el preservativo y el virus.

Tamaño del virus

El virus del SIDA es aproximadamente 30 veces menor que la cabeza del espermatozoide, 450 veces menor que su longitud y 60 veces menor que el *Treponema Pallidum*, protozoario flagelado de la familia de los *Tripanosomas*, agente provocador de la sífilis.⁵

Al microscopio electrónico el Virus del SIDA, el VIH, mide 0,1 micrón=100nm y la cabeza del espermatozoide mide 3 micrones (es 30 veces más grande).

Estudios con el microscopio electrónico sobre las cualidades físico-mecánicas de los preservativos

Se ha estudiado mucho con el microscopio electrónico y se ha estudiado mucho también con pruebas de paso de micro partículas. Se han encontrado micro defectos que explican sus fallos para evitar un embarazo porque algunos poros pueden subsistir en la membrana del látex después de una coalescencia imperfecta durante la vulcanización. Se observan huecos de 3 a 15 micrones de ancho por una profundidad de 30 micrones. Estos estudios se realizaron en guantes y luego en preservativos no lubricados.⁶ Solo el 30% de los preservativos estaba libre de anomalías, el 50% tenía anomalías en la superficie de membrana, el 10% fisuras, el 37% plisajes y el 38% cavidades.

Estudios in vitro

⁴ Suaudeau, Jacques. Le “sexe sûr” et le préservatif face au défi du SIDA. *Medicina e Morale*, 4 (1997), pp.689-726.

⁵ Arnold S.G, Whitman, J.E. Fox, C.H. and Cottler-Fox, M.H, Latex Gloves not Enough to Exclude Viruses. *Nature* 335. 1988. 6185:19.B

⁶ Rosenweig y col.1997.

Los estudios sobre la integridad “in Vitro” de resistencia y permeabilidad se testean a través de una prueba de escape que detecta orificios de 20 micrones. Pero con más de 10 micrones ya hay fuga de virus.

Una cierta permeabilidad y experimentos eléctricos indican que el látex puede permitir el paso de partículas mayores que el VIH. En Montreal en 1989, se vio que eran permeables a micro esferas superiores al tamaño del virus del SIDA.

El preservativo ¿pierde o no pierde? y qué deja pasar

Una eficacia del 87% para evitar embarazos implica un 13% de fracasos. Si tenemos presente que la mujer es fecunda entre 3 y 6 días al mes (36 a 72 días por año) no es difícil imaginarse que es permeable al espermatozoide.

Si en una eyaculación el volumen de esperma es de 3,5 mililitros y el líquido seminal de un hombre seropositivo (infectado con el virus del SIDA) contiene por lo menos 100.000 partículas de virus por mililitro, queda claro que si es permeable para el espermatozoide, para el virus es muchísimo más permeable por una simple cuestión de tamaño y poder de penetrabilidad, y por lo tanto atraviesa el látex. Además el pasaje es 30 veces más cómodo para el virus.

En una carta dirigida al director de The Australian, se informó que el periódico Los Angeles Time había publicado en 1989 que 4 marcas de preservativos permitieron un escape del virus del SIDA en pruebas de laboratorio.⁷ Carey y colaboradores informaron que partículas del tamaño del VIH habían atravesado en pruebas simuladas, 29 tipos de preservativos de látex presentes en el comercio de una muestra de 89 diferentes.⁸

Voeller informó que el traspaso de partículas del tamaño del virus ocurrió en diferentes marcas de preservativos de diversas fechas de confección con una tasa entre 0,9% y 22,8%.⁹

Lyttle y colaboradores informaron que en condiciones experimentales, el 2,6% de preservativos de látex permitieron alguna penetración del virus.¹⁰ Por otra parte un periódico británico informó que la Organización Mundial de la Salud dijo que el uso consistente y correcto del preservativo reduce el riesgo de infección [solamente] en un 90%.¹¹

Test de permeabilidad al agua y al agua fluorescente

Este test se basa en la percepción visual de una gota de agua en un preservativo al cual se le agregó 300 ml de agua. Lleva la sigla ASTM D 3492-89.

⁷ Carta del Dr. John Wilks, 17 de noviembre de 2003.

⁸ Sexually Transmitted Diseases, 1992.

⁹ Aids Research and Human Retroviruses, 1994.

¹⁰ Sexually Transmitted Diseases, 1997.

¹¹ The Guardian, Special Report, 13 de octubre de 2003

Otro elemento usado por la FDA (Food and Drug Administration) la Administración de Drogas y Alimentos de EEUU es el agua fluorescente, y si 4 por mil (0,4%) de cada partida de preservativos, muestran pérdida, se descarta toda la partida.

Test de permeabilidad a las micro-esferas fluorescentes de polistirene de 0,1 micrón

Son del mismo diámetro que el virus. En un experimento donde se sometió a los preservativos a variaciones fisiológicas de presión similares a la de un coito, se constató que 1/3 de los testeados y aprobados mostraban una pérdida de 0,4 a 1,6 nanolitros.

Efecto de la temperatura

La alta temperatura causa oxidación y las bajas temperaturas causan cristalización en algunos compuestos del preservativo seguido de agrietamiento, sequedad y encogimiento del látex, esto produce una drástica pérdida de la flexibilidad y de la resistencia, necesarias para su supuesta prevención.

Test eléctrico y vulcanización

El pasaje de electricidad a través electrodos y la vulcanización, donde se somete al látex a temperaturas cercanas a 140° C por 4 ó 5 horas para aumentar la resistencia al calor, al final de ambos procesos se observó en el microscopio electrónico una gran cantidad de poros.¹²

Otras variables graves

La falta de aislamiento en el traslado durante largos períodos de tiempo, deterioro por la capa de ozono que causa daños invisibles al ojo. Uso impropio de jaleas espermicidas oleosas que tienen un efecto degradante.

Ruptura y daños microscópicos durante el traslado y almacenaje.

Ruptura, laceraciones y deslizamientos durante su uso.

Cálculos matemáticos

Supongamos que un coito dure 2 minutos, entonces con un preservativo que pierde 1 nanolitro/segundo, resulta que: $1/1000 \times 120 = 12.000$ virus que atacan a la compañera o compañero, cuando solo 1 basta para infectarlo o infectarla.

Si por hipótesis un coito durase 30 minutos entonces sería $15 \times 12.000 = 180.000$ virus.

Es bueno saber que pasó en Uganda

¹² Rubber World, 1993.

En 1991 Uganda tenía el 15% de adultos infectados con el VIH/SIDA. Diez años más tarde (en el 2001) la tasa de adultos infectados quedó reducida al 5%. Fue el único país de África que redujo su tasa de infección y dicha reducción fue la más grande de cualquier país del mundo.

La clave del éxito para reducir la infección fue abordar de una manera diferente la epidemia que los demás países se habían negado a aceptar, el Programa ABC. A significa abstinencia, B significa fidelidad por sus siglas en inglés (Be faithful) y C significa el uso del preservativo que en inglés es “Condom” para aquellos que no practican ni la abstinencia ni la fidelidad.

El enfoque sanitario no fue precisamente “preservatar” a la población, sino reducir el comportamiento sexual de riesgo, o sea el infiel o promiscuo.

La continua difusión inteligente de este mensaje, generó una “vacuna social” eficiente contra el SIDA, un verdadero cambio de conducta a gran escala en los habitantes de ese país. Una encuesta sobre salud y demografía arrojó que el 93% de los ugandeses había cambiado su comportamiento sexual para evitar el SIDA.¹³

Los preservativos no cumplen un papel principal en la disminución de la transmisión y propagación de la epidemia del SIDA, esto lo subrayó el mismo Presidente de Uganda Yoweri Museveni cuando dijo: “Nos dicen que solamente un delgado pedacito de caucho es capaz de impedir que nuestro continente muera... Los preservativos no pueden convertirse en el medio principal para disminuir la epidemia de SIDA.”¹⁴

Comparación entre Filipinas, Tailandia y EEUU

Otro ejemplo de la vida real de cómo los preservativos fracasan para detener la epidemia de SIDA son los diferentes comportamientos de Filipinas y Tailandia, dos países del sudeste asiático con semejante población que arrojan cifras impresionantes.

En 1984 se detectó el primer caso de SIDA en cada uno de esos países. En 1987 Tailandia tenía 112 casos y Las Filipinas 135.

En 1991 la Organización Mundial de la Salud pronosticó para Tailandia en 1999 más de 70.000 muertes por SIDA y para Filipinas 85.000.

En 1991 ambas naciones tomaron políticas sanitarias en sentidos completamente diferentes para combatir la difusión del virus del SIDA.

Tailandia estableció un “Programa de uso del preservativo del 100%”. Se exigió a todos los prostíbulos que tuvieran suministro de preservativos y se instalaron máquinas para venderlos en todos los supermercados, bares, restaurantes y lugares de mucha concurrencia.

El programa fue aceptado e implementado a gran escala por el pueblo tailandés.

¹³ Demographic and Health Survey, 2001-2002.

¹⁴ President Yoweri Museveni of Uganda. What is Africa’s Problem? Minneapolis. University of Minnesota. 2000.

Dos años más tarde el Dr. Rene Bullecer armó una organización llamada “Las Filipinas Libre de SIDA” (AIDS-Free Philippines) autorizado por la Conferencia de Obispos Católicos de Las Filipinas, basada en la abstinencia y la finalidad.

El gobierno filipino adhirió también a este esfuerzo y difundió desde los niveles centrales esta política de salud pública.

A fines del año 2003 la disparidad en cuanto a la eficiencia de cada nación quedó demostrada con las cifras:

Tailandia tenía 63.000.000 de habitantes, 570.000 infectados (adultos y niños) con una tasa de 9.072 personas por millón y 58.000 muertes por SIDA. Actualmente se encuentra cercano a 800.000.

Filipinas tenía 80.000.000 de habitantes, 9.000 infectados (adultos y niños) con una tasa de 113 personas por millón y 500 muertes por SIDA.

Esto demuestra que la tasa de infección de SIDA de Tailandia es 80 veces más elevada que la tasa de infección de Filipinas.

La actual tasa de infección de SIDA en EE.UU. a pesar de toda su “educación sexual”, todo su libertinaje sexual, todo su arsenal de drogas antivirales avanzadas y todos sus miles de millones de preservativos es de 3.900 por millón, 35 veces más elevada que Filipinas.¹⁵

Conclusión

Resulta un gran beneficio para el público en general si se hiciese desde los gobiernos un esfuerzo en presentar en forma correcta, clara y completa, la verdadera información-no simplemente negarla-evitando todo tipo de ambigüedad y confusión, y de esta forma contribuir con políticas sanas para nuestra nación como las que se realizan en otros países del mundo para prevenir la pandemia del SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual.

Si los paracaídas tuvieran las fallas que tienen los preservativos, los saltos en paracaídas hubieran sido prohibidos hace tiempo.

Queda claro que por cada persona que muere accidentalmente en un salto con paracaídas, mueren decenas de miles por SIDA.

Ya que “los métodos de transmisión son voluntarios” es más fácil detener la epidemia cambiando los hábitos de comportamiento.

Ya que no contamos con una vacuna o tratamiento efectivo, la única forma de controlar su difusión es asegurar que las personas infectadas no transmitan la enfermedad a las no infectadas

¹⁵ Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS). “United States of America: Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Diseases” 2004 Update.

y además, la confidencialidad sobre los pacientes infectados no debiera sobrepasar el derecho de las personas sanas a no contagiarse.

Según el Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta, EEU (CDC) la única estrategia real y totalmente eficaz contra el SIDA es la abstinencia o las relaciones monogámicas entre personas no infectadas, y la fidelidad.

4. Cómo funcionan la píldora y otros anticonceptivos

Por Chris Kahlenborn, M.D.

Traducción del inglés por el Dr. Oscar Botta
Director del Instituto de Investigación Biológica para la Defensa de la Vida Humana “Gianna Beretta Molla.”
Universidad Católica de La Plata
Marzo de 2007

La píldora para el control de la natalidad está siendo usada corrientemente por más de 10.000.000 de mujeres en los Estados Unidos. (1) Un número de investigadores y médicos han afirmado que la píldora para el control de la natalidad (en inglés BCP, Birth Control Pill – también llamado anticonceptivo oral) es de hecho un abortivo.

Un abortivo causa un aborto temprano, específicamente la muerte del cigoto, embrión o feto después que haya ocurrido la concepción. Otros no creen que los anticonceptivos son abortivos como aparece en una publicación autorizada por algunos médicos en 1998: ¿Los contraceptivos hormonales, son todos abortivos? (2)

Antes de 1930 todos los denominados cristianos estaban de acuerdo que la anticoncepción era un pecado. (3) Este escrito enfocará sobre los aspectos técnicos y médicos de las cualidades abortivas de la píldora y se abstiene de comentarios sobre la modalidad de prescribir y tomar la píldora anticonceptiva.

Contestar la pregunta de sí la píldora anticonceptiva causa abortos tempranos, merece que un número de preguntas introductorias deban ser preparadas para entender mejor el mecanismo íntimo.

¿Qué es la píldora para el control de la natalidad y cómo funciona?

Normalmente la glándula hipófisis produce dos hormonas. Una llamada Hormona Folículo Estimulante (FSH) y la otra la Hormona Luteizante (LH). Estas hormonas ayudan a estimular al ovario para que produzca un óvulo en cada ciclo menstrual (ovular). El ovario es también el sitio de producción de dos hormonas femeninas centrales: el estradiol, un tipo de estrógeno y la progesterona, un tipo de progestágeno.

Las píldoras anticonceptivas son una combinación de estrógeno y progesterona sintéticos.

Las píldoras anticonceptivas “atontan” a la glándula hipófisis de tal manera que produce menos FSH y LH.

Por reducir la FSH y la LH requeridas para la ovulación, la píldora suprime algunos ciclos pero no elimina la ovulación.

Las píldoras son conocidas por tener otros dos efectos principales:

- Adelgazan la capa interior del útero (llamado endometrio), disminuye el glucógeno (un tipo de azúcar) y el suministro sanguíneo, y
- Pueden espesar el moco cervical haciéndolo más difícil para que los espermatozoides viajen hacia arriba a través del cervix.

Aunque este efecto es posterior y es afirmado por los fabricantes de las píldoras anticonceptivas, la evidencia para esta afirmación es débil (4,5) y no es fuertemente respaldada por los experimentos modelo en conejos. (6)

Por supuesto que las píldoras para el control de la natalidad no causarían abortos si ellas bloquearan la ovulación siempre, ahora bien es necesario aclarar este tema.

Una clara indicación que la ovulación ocurrirá en mujeres que están tomando la píldora anticonceptiva es informada por los mismos fabricantes de anticonceptivos en un artículo del PDR (Physician’s Desk Reference, 1998) (7).

La tasa de eficacia por cada anticonceptivo afirma que hay una tasa de fallo de alrededor del 3%. El PDR define de una manera típica la tasa de fallo como la tasa de incidencias anuales de embarazos en parejas que inician el uso de un método (no necesariamente tiene que ser la primera vez) y quien lo usa de forma estable y correctamente durante el primer año si las parejas no suspenden el método por alguna otra razón.

Esto significa que aún las parejas que usan la píldora de forma estable en el transcurso de un año tendrán una tasa promedio de embarazo del 3% de acuerdo con los fabricantes de anticonceptivos, quienes pueden tener la tendencia a subestimar éste número.

Un escrito de 1996 de Potter (8) da un excelente panorama de este tema. Ella indica que el más reciente dato arroja una tasa de embarazo para el “uso típico” que es del 7%, lo cual es probable que sea estadísticamente más exacto.

Esto es especialmente la verdad obtenida de sus datos de investigación y el hecho que las bajas dosis de hoy de las píldoras anticonceptivas teóricamente permiten una más alta tasa de fallo para impedir la ovulación.

De estos fallos estimados de los anticonceptivos y la experiencia común de embarazos en mujeres que tomaban la píldora, *es claro que ambas, la ovulación y la concepción ocurren en parejas que usan los anticonceptivos.*

¿Hay evidencia de que algunos médicos e investigadores dan apoyo a las afirmaciones de que la píldora es realmente abortiva?

Antes de presentar esta evidencia, la anatomía e histología normal (el estudio de los tejidos del cuerpo a través del microscopio óptico) de la capa interior del útero (endometrio) necesita ser explicada.

El endometrio lentamente construye el tejido antes de la ovulación (fase proliferativa) y luego culmina en la fase secretoria (un poco después de la ovulación y posible concepción). El endometrio está por eso “preparado para el nuevo niño o niña concebidos para implantarse” unos pocos días después de la ovulación. El flujo sanguíneo transporta oxígeno y nutrientes a las células glandulares del endometrio que se incrementa a través del ciclo como las arterias espiraladas se alargan durante la fase secretoria.

Estas glándulas contienen un importante stock para el armado nutricional para que el niño por nacer pueda implantarse incluyendo glucógeno (un tipo de azúcar), mucopolisacáridos (ellos sostienen cierta estructura de construcción del tejido para el crecimiento de las células), y lípidos (grasas). (9)

¿Qué significa la frase “preparado para la implantación”?

El autor de un libro de histología dirigido a estudiantes de medicina afirma: “De este modo los diferentes cambios que toman lugar en el endometrio durante la segunda mitad del ciclo menstrual nos demuestra cómo se prepara la cara interna del útero para la alimentación y recepción del óvulo fecundado (blastocisto). (10)

Parecería que el cuerpo de una mujer y la capa interna de su útero están “en óptimas condiciones para la implantación” unos pocos días después de la ovulación y cuando ha sucedido la concepción.

¿Los anticonceptivos, causan cambios en la capa interna del útero (endometrio) que podrían ir en detrimento de la implantación del nuevo niño/a concebido?

Desde que sabemos que la píldora para el control de la natalidad algunas veces permite la ovulación y ocurre la concepción, los cambios desfavorables en el endometrio podrían dificultar la implantación del embrión y nos hacen llegar a la conclusión que estos anticonceptivos son abortivos.

¿Cuáles son algunos de esos cambios?

El primer cambio que genera la píldora anticonceptiva es una marcada disminución del espesor de la capa endometrial.

Las mujeres que toman la píldora saben muy bien esto porque ellas pueden contarnos que el volumen de su pérdida menstrual disminuye en forma significativa con cada ciclo una vez que comenzaron a tomar la píldora.

Obviamente si una mujer tiene menos flujo menstrual cada mes, queda claro que la capa del endometrio que se está desprendiendo debe estar mucho más delgada y mucho menos desarrollada.

¿Existe una técnica ó una forma cuantitativa de medir en cuánto se adelgaza el endometrio de una mujer desde el momento en que ella comienza a usar los anticonceptivos?

Sí. En 1991 en los Estados Unidos investigadores realizaron una Resonancia Magnética (MRI Scans) del útero de mujeres, algunas tomaban anticonceptivos y otras no. (11)

Las usuarias de anticonceptivos tenían una disminución de 2 mm de la capa endometrial, o sea más delgada que aquellas que no los usaban.

¿Hay realmente una evidencia que un endometrio más delgado puede hacer más difícil que la implantación ocurra?

Sí. Algunos escritos de investigadores que han estudiado este tema, y ha sido ampliamente descrito en la literatura médica sobre la Fertilización in Vitro o en Tubo de Ensayo de Vidrio donde ha sido informado que el niño recientemente concebido se implanta comúnmente mucho menos en un endometrio delgado que en uno espeso.

Un pequeño y viejo estudio de Fleischer, et al, (12) 1985 no encontraron el espesor del endometrio jugando un rol importante en las tasas de implantación “in Vitro”. Sin embargo, estudios posteriores encontraron un giro positivo (13-14) la disminución del espesor del endometrio, reduce la posibilidad de implantación del óvulo fecundado, dato, estadísticamente significativo (15).

Estudios adicionales recientes y más extensos (16-17-18-19-20) han reafirmado esta importante conclusión. Más estudios han encontrado que una disminución aún de 1 mm en el espesor del endometrio, substancialmente disminuye la tasa de implantación. Dos estudios mostraron que cuando críticamente se adelgaza la capa endometrial, la implantación no ocurre. (16-17).

¿Qué se observa en el microscopio óptico en las muestras tomadas por biopsia en las mujeres que usan estos anticonceptivos?

Cuando la capa interna del útero o endometrio tiene “un estado óptimo para la implantación”, las arterias y las glándulas uterinas están en su máximo volumen. Esto es de sentido común: después

de todo, en este punto, el suministro de sangre, el glucógeno y los niveles de lípidos que el pequeño embrión masculino o femenino necesita para sobrevivir, están en su situación fisiológica más óptima.

Investigadores que estudiaron la histología del endometrio encontraron que *las píldoras anticonceptivas causan un número importante de cambios en el endometrio.*

Primero, las arterias uterinas espiraladas se achican significativamente hasta el punto donde es tanto el achicamiento que se hacen tan pequeñas y pueden aún dificultar su encuentro bajo el microscopio óptico. (21, 22, 23,24). Por supuesto esto es importante desde que un adecuado flujo sanguíneo es decisivo para la existencia de la implantación del embrión. Una pérdida del flujo sanguíneo significa una drástica reducción en el aporte de alimento y oxígeno necesarios para la sobrevivencia del embrión.

El flujo sanguíneo para el endometrio es tan importante que Kupesic, en 1996, escribió directamente acerca de la relación entre el embrión y su probabilidad de implantación. (25) Primero descubrió que el flujo sanguíneo a través de las arterias espiraladas tiene un pico entre el día 16 al 18 en el ciclo menstrual y entonces afirmó: “Parece que la perfusión endometrial presenta un estado exacto o preciso de la receptividad uterina que no lo presenta en un ensayo realizado con la perfusión de una arteria sola.”

De ese modo los cambios en las oscilaciones de la velocidad del flujo sanguíneo de las arterias espiraladas pueden ser usadas para predecir la tasa de éxito de implantación y descubrir los problemas de infertilidad inexplicados y seleccionar pacientes para la corrección de anomalías en la perfusión del endometrio. (26)

De esta forma, en lenguaje común, Kupesic está indicando que la posibilidad de implantación tiene un correlato con el flujo sanguíneo a través de las arterias espiraladas.

En suma, a la reducción del flujo de sangre por las arterias espiraladas ¿qué otros cambios se pueden observar con el microscopio en el endometrio que hayan sido causados por los anticonceptivos?

El segundo efecto a destacar es que las glándulas endometriales se transforman en mucho más pequeñas y la “tasa de mitosis” (tasa de división celular) de las células de las glándulas endometriales, disminuye. (21, 22,23, 24) Obviamente, si las glándulas que deben proporcionar el glucógeno (azúcar), mucopolisacáridos, o lípidos (grasas), están comprometidas, el embrión masculino o femenino que necesita de aquellos nutrientes tendrá más dificultades para implantarse y o sobrevivir.

Muchos de los estudios que examinaron el endometrio son muy viejos y fueron realizados cuando los estrógenos contenidos en las pastillas anticonceptivas eran mucho más elevados, 100 microgramos o más. ¿Tienen el mismo efecto los más recientes anticonceptivos?

Sí. Ante todo debería ser mencionado que si Ud. le pregunta a una mujer que está tomando bajas dosis de anticonceptivos acerca de la cantidad de su contenido menstrual mensual que ella pierde, afirmará que ella pierde significativamente menos que antes de haber comenzado a tomar anticonceptivos.

Obviamente, si ella está perdiendo menos contenido menstrual, entonces ella está desprendiendo menos porque el endometrio se ha vuelto mucho más delgado.

Aun los estudios histológicos en los anticonceptivos que contienen 50 microgramos de estrógeno (como dosis media) y 0,5 mg de una progestina (norgestrel) se encuentra que las arterias espiraladas y la capa endometrial también se reduce.

¿Hay alguna nueva evidencia que sostenga el argumento que los anticonceptivos actúan causando un aborto temprano?

Sí. A comienzos de 1997, el investigador Stephen Somkuti publicó un artículo acerca del endometrio y un grupo de moléculas llamadas “integrinas”. (27)

Las “integrinas” son un grupo de moléculas que juegan un rol muy importante en la fertilización y la implantación del embrión.

Hay algunos tipos diferentes de integrinas, y se cree que el endometrio es más receptivo a la implantación cuando existen ciertos tipos de estas integrinas. *Los anticonceptivos o píldoras para el control de la natalidad generan cambios en el tipo de integrinas que produce el endometrio*, teóricamente haciendo esto dificultan la implantación del embrión.

En palabras del Dr. Somkuti: “Estas alteraciones en el epitelio y en el estroma donde funcionan las integrinas sugieren que empeora la receptividad uterina y este es uno de los mecanismos por los cuales los anticonceptivos ejercen su acción “supuestamente anticonceptiva”. (28)

¿Alguien ha comprobado que los anticonceptivos causan abortos tempranos?

Para probar si producen abortos tempranos y con qué frecuencia las mujeres abortan mientras están tomando anticonceptivos, primero necesitamos poder medir con qué frecuencia las mujeres quedan embarazadas mientras toman anticonceptivos. Pero los tests para detectar embarazos precozmente no son suficientes para detectar el embarazo dentro de la primera semana de vida, aunque algunos investigadores han podido detectar cambios hormonales muy tempranos como 4 días después de la concepción. (29,30)

Hasta que un test detecte el embarazo de una forma muy temprana o hasta que los investigadores puedan medir físicamente cuántos abortos están ocurriendo en las mujeres que toman anticonceptivos, uno no puede afirmar con absoluta certeza cuándo, cómo y con qué frecuencia los anticonceptivos causan abortos tempranos.

La más exacta descripción que evidencia lo que ocurre es la siguiente:

De toda la evidencia, ya sea microscópica, ya sea macroscópica o inmunológica, existe un argumento muy fuerte que dice que los anticonceptivos causan abortos tempranos. Hasta que algunos estudios demuestren lo contrario, nosotros deberíamos tomar en consideración y basar nuestras acciones en lo manifestado sobre la evidencia en boga.

¿Con qué frecuencia causan un aborto temprano los anticonceptivos?

Este punto nadie lo sabe. Hay muchos factores que influyen para responder esta pregunta y es posible que como la tecnología mejora, un cálculo exacto debería realizarse. Uno de los factores determinantes es calcular con qué frecuencia los anticonceptivos permiten que la ovulación ocurra. Si la tasa de ovulación es más alta substancialmente que la tasa de embarazo, entonces uno puede comenzar a hacer un cálculo estimado de la frecuencia de abortos en mujeres que toman anticonceptivos.

Ahora, medir la capacidad que tiene una mujer para ovular es difícil.

Algunos investigadores midieron la tasa de ovulación en mujeres que estaban tomando anticonceptivos usando algunos parámetros como los siguientes:

1. Medición del ovario por ultrasonido, específicamente el tamaño del folículo más grande o dominante, el cual contiene el ovocito; y
2. Ensayos hormonales de niveles de progesterona y estradiol.

Hasta ahora, muchos investigadores han aceptado arbitrariamente que el embarazo tiene lugar u ocurre cuando los niveles de progesterona llegan a un cierto umbral.

Pero es posible que los anticonceptivos depriman la capacidad del ovario para producir progesterona a pesar del embarazo, esto fue afirmado a comienzos del año 1962 por Holmes et al. (31)

Parecería más exacto medir la tasa de ovulación con exámenes de ultrasonido pélvico o vaginal, diariamente.

En el año 1985, Ritchie (32) en su revista sobre el rol del ultrasonido en la evaluación de la ovulación, ya sea ésta normal o inducida, escribió lo siguiente: “Con un examen diario, la ovulación puede ser demostrada en más del 80% de los casos.”

En un artículo del año 1998 de Petta et al. (33) comentaron sobre el ultrasonido relacionado a la ovulación lo siguiente: “Los folículos que desaparecieron o que fueron abruptamente reducidos en su tamaño por más del 50% después de llegar a un diámetro de 15mm fueron considerados como folículos que se abrieron”.

Hay un número importante de otras razones que determinan la frecuencia de la ovulación, pero cada método tiene su importancia. Primero, estudios de mujeres que toman a menudo la píldora muestran una tasa alta de “actividad ovárica” en sus folículos dominantes, los cuales pueden

llegar a un tamaño que es consistente con aquellos vistos en aquellas mujeres que no usan anticonceptivos cuando ovulan.

En otras palabras, las mediciones del ultrasonido indican que esas mujeres (las que usan anticonceptivos) están próximas a ovular. *Pero esos mismos estudios concluyen a menudo que la ovulación no ha ocurrido porque el nivel de progesterona no ha llegado a su nivel crítico.* (34,35)

Esto es algo que ilumina justamente lo opuesto y que se intuye de un reciente estudio que encontró lo siguiente: “Las pacientes que usando las más bajas dosis con píldoras anticonceptivas multifásicas y monofásicas, tuvieron una actividad folicular similar a esas que usaron anticonceptivos a base de no-esteroides y la excepción - dice el estudio - fue que la ovulación raramente ocurría” (35)

Este estudio como casi todos los otros, usaron el criterio que dice que la ovulación ocurre y es confirmada cuando los niveles de progesterona llegan a un cierto punto. “Esto puede no ser cierto y tampoco es exacto”.

La ultrasonografía puede revelar que las tasas de ovulación son más altas que las tasas hoy comúnmente citadas de 3% a 5%. (32)

Las dos razones para esto son las siguientes: primero, hoy en día los anticonceptivos contienen mucho menos estrógenos y progesterona que los que se hicieron en el comienzo y por lo tanto suprimen la actividad ovárica menos a menudo, segundo, muchos estudios han examinado la tasa de ovulación (salida del óvulo del ovario) en mujeres que han empezado a tomar anticonceptivos, pero la pregunta que debe ser hecha es : ¿“Aumenta la tasa de ovulación en mujeres que han tomado anticonceptivos por más de un año”?

Este fenómeno ocurre con el Norplant, donde ya fue comunicado que la tasa de ovulación en el primer año fue del 11%.

Esta tasa se incrementó dramáticamente después del primer año, tanto que a los 7 años de promedio, produjo una tasa anual de ovulación del 44% (aunque parte de la razón para este incremento pudo haber sido la declinación de los niveles de hormona del Norplant en el tiempo. (36)

¿Puede la glándula hipófisis de una mujer “compensar” o “comenzar ella misma a ajustarse” y de una manera comenzar nuevamente a funcionar para buscar su normalidad ante la presencia de hormonas anticonceptivas, tanto que la ovulación ocurre más frecuentemente a lo largo del tiempo?

Sí, es así, investigaciones futuras pueden mostrar que la tasa de ovulación se incrementa ostensiblemente en mujeres que toman anticonceptivos en bajas dosis por largos períodos de tiempo.

Esto indica que en el futuro habría que realizar un estudio que mida la tasa de ovulación basada sobre una serie de ultrasonidos (aunque algunos puedan decir que el estudio puede no ser ético).

Si cada estudio es realizado en mujeres que están tomando anticonceptivos a bajas dosis durante un período mayor a un año, este estudio podría generar información que sea guía para estimar de una forma más creíble, la tasa de abortos en mujeres que están tomando anticonceptivos.

[Nota de VHI: Definitivamente es gravemente inmoral dar píldoras anticonceptivas para realizar un estudio y más aún si son potencialmente abortivas.]

Preguntas con respecto a otros supuestos anticonceptivos

¿Causa aborto el DIU o dispositivo intrauterino?

Sí, el DIU no es un elemento que suprima la ovulación y su mecanismo de acción es a través de modificaciones y alteraciones del endometrio (capa interna del útero) de tal forma que el embrión recientemente concebido no pueda implantarse en el útero.

¿Admiten los grupos pro-aborto que el mecanismo de acción de las píldoras y los DIUs es provocar un aborto temprano?

Los grupos pro-aborto más vehementes admiten abiertamente la naturaleza abortiva de todos los anticonceptivos y los DIUs.

En sus argumentos ante la Corte Suprema de 1989, en el caso Webster contra Servicios de Salud Reproductiva, el Sr. Frank Susman alegando por el lado de los pro-aborto le dijo al Juez Anthony Scalia, “Si... yo puedo sugerir las razones en respuesta a su pregunta, Juez Scalia: llamamos hoy a la anticoncepción en nuestro modo de hablar, cuando nos referimos a los DIUs y a las píldoras anticonceptivas de bajas dosis - los cuales son el tipo más seguro de control de la natalidad disponible - y actúan como abortivos.

Además en el prospecto, ellos están correctamente rotulados como abortivos” (38)

¿Causan abortos tempranos otros anticonceptivos como por ejemplo las progesteronas de actividad prolongada o de depósito?

El Norplant, es una progesterona artificial que consiste en una serie de tubitos de silastic (rubber-like) que se implantan debajo de la piel en el brazo de las mujeres y están completos de la droga “levonorgestrel”. Estos tubitos liberan esta progesterona artificial dentro del cuerpo de la mujer durante un período de 5 años.

Se ha encontrado según estudios, que el Norplant permite que la ovulación ocurra, en más del 40% de los ciclos mensuales femeninos. (36)

En suma, un estudio en conejos, conducido por Chang (40) ha mostrado que el esperma libremente llegaba a la trompas de Falopio de las conejas, aún cuando le administraban alta dosis de progesterona sintética.

La combinación de una alta tasa de ovulación y documentadas y comprobadas migraciones de espermatozoides a las trompas de Falopio en animales, sugieren que las progesteronas artificiales tales como el Norplant y el Depo- Provera permiten una alta tasa de fertilización y por ende el aborto subsecuentemente, más comúnmente y aún más alta que las píldoras anticonceptivas.

¿Causa abortos tempranos la “píldora del día después”?

La “píldora del día después” consiste en una serie de altas dosis de anticonceptivos que algunas mujeres toman uno o dos días después de pensar que ellas han concebido.

Esa alta dosis de hormona actúa como un abortivo porque adelgaza el endometrio y de ese modo evita que se implante el embrión recién concebido. El modelo de experimentación animal descrito por Castro-Vázquez en el año 1.971 demostró éstos efectos en ratas. (41)

¿Algunos servicios hospitalarios de emergencia administran “hormonas” a mujeres que han sido violadas recientemente? ¿Pueden éstas “hormonas”, causar un aborto temprano?

La mujer que recurre a un servicio de emergencia médica dentro de unas pocas horas de haber sido violada puede o no haber concebido. Algunos de los profesionales del servicio de emergencia les darán a esas mujeres altas dosis de estrógenos y progesteronas, muy similar a la “píldora del día después”.

La excepción se encuentra a menudo en los hospitales católicos, donde los médicos no administran la “píldora post-violación”.

Para la mujer que fue violada cerca del momento de su ovulación, las hormonas pueden de veras parar la ovulación y evitar la concepción.

Pero si la ovulación ocurrió y ha concebido, las hormonas trabajarán causándole un aborto temprano en la misma línea descrita para la “píldora del día después”.

Como no hay manera de saber si ha ocurrido la concepción, algunos médicos no recetarán la “píldora post-violación”. [Nota de VHI: Por ello la Iglesia Católica y personas de buena voluntad tampoco la recetarán.]

¿La “fecundación artificial” causa abortos tempranos?

Cada método de “Fecundación Artificial” que este autor ha estudiado, ya sea “in Vitro” (o sea dentro del tubo de ensayo de vidrio) o la transferencia del óvulo fecundado dentro de las trompas de Falopio (ZIFT) o la transferencia de gametos dentro de las trompas de Falopio (GIFT), involucra la muerte de muchos niños no nacidos durante éstos procesos. Muy pocos, 1 de cada 20 niños concebidos sobrevive el proceso de “Fecundación en un Vidrio”.

Aún la GIFT (transferencia de gametos dentro de las trompas de Falopio) involucra la exposición de más de un óvulo (varios óvulos) a muchísimos espermatozoides, una situación en la cual ocurren múltiples abortos tempranos.

En suma, a esos métodos, es posible que esas mujeres que toman píldoras para quedar embarazadas tal como el citrato de clomifeno, las cuales generan una “superovulación”, tal vez experimenten abortos tempranos.

Algunos estudios (42, 43, 44, 45), pero no todos (46) indican que ésta droga adelgaza el endometrio (capa interna del útero), teóricamente haciendo más difícil para que el niño o niña recién concebido se implante.

¿Por qué el término “anticonceptivo” se utiliza en citas bibliográficas cuando se hace referencia a varias de las hormonas artificiales?

Los anticonceptivos orales, los implantables como el Norplant, el inyectable Depo-Provera, los DIUs, la píldora del día después y la píldora post-violación, todas tienen el mecanismo de provocar un aborto temprano por lo menos parte del tiempo de su uso.

La palabra “anticonceptivo” fue usada en consecuencia en estas citas bibliográficas porque todas las evidencias colocaban a esas hormonas o sus derivados como abortivas.

Esto es, porque esas hormonas anticonceptivas causaban un aborto temprano en algunos períodos durante el tiempo que se usan. La palabra “contracepción o anticoncepción” significa “evitar o impedir la concepción”.

Claramente, las hormonas de las que hablamos en este trabajo causan la muerte del embrión masculino o femenino después de que es concebido y NO pueden ser llamadas con exactitud “anticonceptivas” solamente.

El Dr. Chris Kahlenborn se especializa en medicina interna y tiene su práctica en Altoona, Pensilvania. El Dr. Kahlenborn ha estudiado la epidemiología del cáncer de mama en relación con el aborto y los anticonceptivos orales durante los últimos seis años y ha impartido conferencias en Canadá, Rusia, Las Filipinas y China. Además, ha prestado testimonio ante la agencia del gobierno de EEUU para la regulación de la comercialización de fármacos y alimentos (FDA, por sus siglas en inglés).

Notas:

1. Faust JM. Image change for condoms. ABC News Report. [Internet E-mail]. 6/8/97.
2. DeCook JL, McIlhaney J, et al. *Hormonal Contraceptives: Are they Abortifacients?* (Sparta, MI: Frontlines Publ., 1998).
3. Smith, Janet. *Contraception: Why Not?* (Dayton, OH : One More Soul). Tele.:513-279-5433.
4. Elstein M, et al. Studies on low dose oral contraceptives: cervical and plasma hormone changes in relations to circulating d-norgestrel and 17 alpha-ethinyl estradiol concentrations. *Fertility and Sterility*. 27; 1;976: 892-899.

5. Wolf DP, et al. Human cervical mucus v. oral contraceptives and mucus rheologic properties. *Fertility and Sterility*. 32; 1979:166-169.
6. Chang MC, Hunt DM. Effects of various progestins and estrogen on the gamete transport and fertilization in the rabbit. *Fertility and Sterility*, 1970; 21:683-686.
7. *Physicians' Desk Reference*: 1997 {The noted information can be found when looking up any oral contraceptive. Failure rate for "typical use" is noted to be 3 percent.}
8. Potter LA. How effective are contraceptives? The determination and measurement of pregnancy rates. *Obstet Gynecol*. 1996; 88:13S-23S.
9. Snell, Richard. *Clinical and Functional Histology for the Medical Student*. (Boston: Little, Brown & Co., 1984), 586-591.
10. Ibid.
11. Brown HK, et al. Uterine Junctional Zone: Correlation between Histologic Findings and MR Imaging. *Radiology*. 1991; 179:409-413.
12. Fleischer AC, et al. Sonography of the endometrium during conception and nonconception cycles of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertility and Sterility*. 1986; 46:442-447.
13. Rabinowitz R, et al. The value of ultrasonographic endometrial measurement in the prediction of pregnancy following in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*. 1986; 45:824-826.
14. Ueno J, et al. Ultrasonographic appearance of the endometrium in natural and stimulated in vitro fertilization cycles and its correlation with outcome. *Human Reproduction*. 1991; 6:901-904.
15. Glissant A, et al. Ultrasound study of the endometrium during in vitro fertilization cycles. *Fertility and Sterility*. 1985; 44:786-789.
16. Abdalla HI, et al. Endometrial thickness: a predictor of implantation in ovum recipients? *Human Reproduction*. 1994; 9:363-365.
17. Dickey RP, et al. Relationship of endometrial thickness and pattern to fecundity in ovulation induction cycles: effect of clomiphene citrate alone and with human menopausal gonadotropin. *Fertility and Sterility*. 1993; 59:756-760.
18. Gonen Y, et al. Endometrial thickness and growth during ovarian stimulation: a possible predictor of implantation in in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*. 1989; 52:446-450.
19. Schwartz LB, et al. The embryo versus endometrium controversy revisited as it relates to predicting pregnancy outcome in in vitro fertilization embryo transfer cycles. *Human Reproduction*. 1997; 12:45-50.
20. Shoham Z, et al. It is possible to run a successful ovulation induction program based solely on ultrasound monitoring: The importance of endometrial measurements. *Fertility and Sterility*. 1991; 56:836-841.
21. Hilliard George D, Norris HJ, *Pathological Effects of Oral Contraceptives, Recent Results in Cancer Research*. 1979; 66:49-71.
22. Ober WB. The effects of oral and intrauterine administration of contraceptives on the uterus. *Human Pathology*. 1977; 8:513-527.
23. Ober WB. Synthetic progestagen-oestrogen preparations and endometrial morphology. *J. Clin. Path.* 1966; 19:138.
24. Roland M, et al. Sequential endometrial alterations during one cycle of treatment with synthetic progestagen-estrogen compounds. *Fertility and Sterility*. 1966; 17:339.
25. Kupesic S. The first three weeks assessed by transvaginal color doppler. *J. Perinat. Med.* 1996; 24:301-317.
26. Ibid.

27. Somkuti SG, et al. The effect of oral contraceptive pills on markers of endometrial receptivity. *Fertility and Sterility*. 1996; 65:484-488.
28. Ibid.
29. Witt B, Wolf G, et al. Relaxin, CA-125, progesterone, estradiol, Schwangerschaft protein, and human Chorionic Gonadotropin as predictors of outcome in threatened and nonthreatened pregnancies. *Fertility and Sterility*. 1996; 65:484-488.
30. Norman RJ, et al. Inhibin and relaxin concentration in early singleton, multiple, and failing pregnancy: relationship to gonadotropin and steroid profiles. *Fertility and Sterility*. 1993; 59: 130-137.
31. Holmes, et al. Oral contraceptives: An assessment of their mode of action. *The Lancet*. June 2, 1962; 1174-1178.
32. Ritchie WGM. Ultrasound in the evaluation of normal and induced ovulation. *Fertility and Sterility*. 1985; 43: 167-181.
33. Petta CA, et al. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Depo-Provera users. II. Effects on ovarian function. *Fertility and Sterility*. 70: 817-820.
34. Van der Vange N. Ovarian activity during low dose oral contraceptives. *Contemporary Obstetrics and Gynecology*. G. Chamberlain. London, Butterworths, 1988, 315-326.
35. Grimes DA, et al. Ovulation and follicular development associated with three low-dose contraceptives: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*. 1994; 83: 29-34.
36. Croxatto HB, Diaz S, et al. Plasma progesterone levels during long-term treatment with levonorgestrel silastic implants. *Acta Endocrinologica*. 1982; 101: 307-311.
37. Ibid.
38. Alderson Reporting Company. Transcripts of oral arguments before court on abortion case. *New York Times*. April 27, 1989; B12.
39. Skegg DCG, Noonan EA, et al. Depot medroxyprogesterone acetate and breast cancer [A pooled analysis of the World Health Organization and New Zealand studies]. 1995; *JAMA*: 799-804.
40. Chang MC, Hunt DM. Effects of various progestins and estrogen on the gamete transport and fertilization in the rabbit. *Fertility and Sterility*. 1970; 21: 683-686.
41. Castro-Vasquez, Macome JC, et al. On the mechanism of action of oral contraceptives. Effect of Lynestrenol on ovum implantation and oviductal morphology in the rat. *Fertility and Sterility*. 1971; 22: 741-744.
42. Eden JA, et al. The effect of Clomiphene citrate on follicular phase increase in endometrial thickness and uterine volume. *Obstet. Gyn.* 1989; 73: 187-190.
43. Yagel S, et al. The effect of ethinyl estradiol on endometrial thickness and uterine volume during ovulation induction by Clomiphene citrate. *Fertility and Sterility*. 1992; 57: 33-36.
44. Fleischer AC, et al. Sonographic depiction of endometrial changes occurring with ovulation induction. *J. of Ultrasound Med.* 1984; 3: 341-346.
45. Imodedemhe DA, et al. Ultrasound measurement of endometrial thickness on different ovarian stimulation regimens during in vitro fertilization. *Human Reproduction*. 1987; 2: 545-547.
46. Dickey RP, et al. Relationship of endometrial thickness and pattern to fecundity in ovulation induction cycles: effect of clomiphene citrate alone and with human menopausal gonadotropin. *Fertility and Sterility*. 1993; 59: 756-760.
47. Cunningham, et al. *Williams Obstetrics*, 20th Edition (Standford, CT: Appleton and Lange, 1997), 580-581.

48. The WHO Task Force on intrauterine devices for fertility regulation. A multinational case-control study of ectopic pregnancy. *Clin. Reprod. Fertil.* 1985; 3: 131-143.
 49. Mol BWJ, Ankum WM, Bossuyt PMM, and Van der Veen F. Contraception and the risk of ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Contraception.* 1995; 52: 337-341.
 50. Job-Spira N, Fernandez H, Coste J, Papiernik E, Spira A. Risk of Chlamydia PID and oral contraceptives. *JAMA.* 1990; 264: 2072-2074.
 51. Thornburn J, Berntsson C, Philipson M, Lindholm B. Background factors of ectopic pregnancy. I. Frequency distribution in a case-control study. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 1985; 23: 321-331.
 52. Coste J, Job-Spira N, Fernandez H, Papiernik E, Spira A. Risk factors for ectopic pregnancy: a case-control study in France , with special focus on infectious factors. *A. J. Epidemiol.* 1991; 133: 839-849.
 53. DeCook J, et al. Hormonal Contraceptives, Controversies and Clarification. Feb. 1999. *Pro-Life Obstetrician.* P.O. Box 81 , Fennville , MI 49408 .
-

5. México: quieren obligar a distribuir la abortiva “píldora del día siguiente”

Corte Suprema de México: “Distribuyan la píldora del día siguiente o vayan a prisión”

Matthew Cullinan Hoffman
Corresponsal para América Latina
LifeSiteNews.com

CIUDAD MÉXICO, 31 de mayo, 2010 (LifeSiteNews.com) – La Corte Suprema de México ha emitido una sentencia por medio de la cual ha ordenado que la “píldora del día siguiente” (PDS) sea distribuida por todos los hospitales del país, *públicos y privados*. Los magistrados del más alto tribunal de la nación han advertido que los funcionarios que se nieguen a cumplir con esta norma pueden ser retirados de sus cargos, encausados y encarcelados.

Todos los médicos reconocen que la píldora puede acabar con la vida del cigoto, el ser humano en su etapa más temprana de existencia. Sin embargo, el viernes 28 de mayo del 2010, la Corte Suprema declaró que este fármaco no causa abortos y que, por consiguiente, es compatible con las enmiendas provida que han sido aprobadas recientemente en las constituciones de varios estados de México.

Guillermo Ortiz, Presidente de la Corte Suprema, dijo que los magistrados le habían puesto punto final a un asunto muy debatible y que probablemente su decisión no era universalmente convincente, pero que era el resultado de las convicciones personales de cada uno de ellos, así como de sus conocimientos personales en materia jurídica y de su fiel conocimiento y entendimiento.

El Magistrado José Ramón Cossío, autor de la sentencia, dijo que aquellos funcionarios que se nieguen a cumplirla podrían sufrir consecuencias muy severas, porque la falta de cumplimiento es uno de los asuntos más graves abordados por la Constitución, y añadió que podrían ser retirados de sus cargos y sometidos a procesos penales por cometer un crimen contra la administración de la justicia.

También según Cossío, a los médicos no se les otorgaría el privilegio de la objeción de conciencia y que si se niegan a distribuir la PDS, también serían objeto de sanciones que se encuentran en la Norma Oficial y en la Ley General de Salud. Y terminó diciendo que no se trata de un proceso abortivo y que, por tanto, no hay objeción de conciencia.

VHI tiene mucha información científica que demuestra fehacientemente que la PDS sí es abortiva, además de ser dañina para la salud de la mujer. Visite, en el portal de VHI (www.vidahumana.org), los siguientes enlaces:

http://www.vidahumana.org/vidafam/anticon/emergencia_index.html,
http://www.vidahumana.org/vidafam/anticon/anticon_index.html y
http://www.vidahumana.org/vidafam/anticon/pildora_index.html.

Por supuesto, la Iglesia Católica siempre ha enseñado, basándose en la ley natural (la cual aplica a todos los seres humanos sin excepción) y en la Revelación, que el uso de cualquier tipo de anticonceptivos, sea abortivo o no, es intrínseca y gravemente inmoral. Visite:
http://www.vidahumana.org/vidafam/iglesia/ensen_anticon.html.

6. La píldora anticonceptiva es un coctel de molotov para el cáncer de seno

Kathleen Gilbert

WASHINGTON, Distrito de Columbia – 8 de diciembre 2010 (Notifam) – ¿Cuán a menudo en EEUU se prescribe el carcinógeno del grupo uno – aquel reconocido como una causa “definitiva” de cáncer – a pacientes que están saludables? La respuesta es: tan a menudo como recetan la píldora hormonal de control de la natalidad.

Este dato poco conocido sobre la píldora fue presentado por la doctora Angela Lanfranchi, una cirujana oncóloga del seno y cofundadora del Instituto de Prevención del Cáncer de Seno, quien compartió su pericia sobre este fármaco en el congreso titulado “50 Años de la Píldora,” el cual se llevó a cabo el pasado viernes en Washington, Distrito de Columbia, EEUU”.

[Nota de VHI: El congreso fue organizado por HLI-America, un proyecto de HLI para combatir la anticoncepción y la “cultura” de la muerte en EEUU, y establecer en su lugar la cultura de la vida. Visite <http://hliamerica.org>, para obtener más información (en inglés) sobre HLI-America, así como para leer sus valiosos artículos.]

¿Cuándo está bien que se le dé un carcinógeno del grupo uno a una mujer saludable?” Preguntó la Dra. Lanfranchi a la audiencia. “No tenemos que tomar un carcinógeno del grupo uno para estar liberadas.” La experta ofreció una gran cantidad de datos estadísticos provenientes de varias fuentes que sirven de apoyo a un hecho que es conocido dentro de la comunidad médica, pero que raramente es reconocido: el uso de la píldora está sólidamente vinculado al alto riesgo de cáncer de seno. También se cree que la píldora aumenta el riesgo del cáncer cervical y el cáncer de hígado”. Estas cosas no son nuevas, no es magia; se encuentran dentro de la bibliografía (médica),” dijo. La Dra. Lanfranchi también señaló el vínculo que existe desde 1973 entre el uso de la píldora y un 660% de riesgo en cáncer de seno no invasivo. “Las mujeres quieren saber, y las mujeres tienen el derecho de saber, lo que los investigadores han sabido durante más de 20 años”, dijo la facultativa.

La Dra. Lanfranchi también comparó el silencio noticioso apenas mencionado con la cobertura que los medios de difusión le dan al riesgo de cáncer de la terapia de reemplazo hormonal, de la cual se encontró, en el 2002, que era un carcinógeno. Una vez que se supo, 15 millones de las 20 millones de mujeres en EEUU que la tomaban dejaron de hacerlo. Ya para el 2007, los casos de cáncer de seno invasivo en las mujeres de más de 50 años de edad, debido al estrógeno receptivo de tumor positivo, cayeron en un 11%. Mientras tanto, dijo la experta, el anticonceptivo hormonal – esencialmente el mismo fármaco que la terapia de reemplazo hormonal y con el mismo riesgo de cáncer, cerca de un 25 a un 30% – continúa siendo promovido como si estuviese libre de riesgo y aún como si fuese saludable. Sin embargo, en el 2005 la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer, una rama de la Organización Mundial de la Salud (OMS), clasificó las hormonas anticonceptivas como un carcinógeno del grupo uno, al igual que lo son el asbesto y la radio. No fue igual a lo sucedido con el descubrimiento sobre la terapia de reemplazo hormonal, pues “no recuerdo ninguna noticia durante el horario noticioso de las seis de la tarde, en que se diese esta información,” dijo la Doctora Lanfranchi. Aún cuando los libros de medicina apuntan a un 30% de aumento del riesgo de cáncer, la doctora Lanfranchi observó que prevalecía una actitud desdeñosa: “Considerando los beneficios de la píldora, este leve aumento de riesgo no es clínicamente significativo.” ¿No es clínicamente significativo? “¿Para quién?” preguntó la doctora Lanfranchi, mostrando una fotografía de una de sus propias pacientes de cáncer, la señora Suellen Bennett.

Otros dicen que “aun cuando el cáncer de seno sea causado por la píldora, a menudo es detectado a tiempo y los ‘beneficios’ de la píldora son una razón para no hablar de sus peligros“. Este tipo de disparates es a lo que uno se tiene que enfrentar cuando ya está curado. Uno pierde el pelo, pierde el seno,” dijo. Si a Suellen le hubiesen hablado de los riesgos, dijo la doctora Lanfranchi, “ella bien podría haber sido una de esas mujeres que hubiesen optado por no tomar la píldora.” La cirujana explicó que el estrógeno adicional que se recibe al tomar la píldora, no solamente causa una multiplicación excesiva del tejido del seno – lo que usualmente ocurre durante el ciclo de la menstruación –sino que además, cuando se metaboliza, puede dañar de modo directo el ADN de dicho tejido.

Debido a que el tejido del seno se mantiene susceptible al cáncer hasta que pase por una transformación estabilizadora durante el proceso de embarazo, dijo la doctora Lanfranchi, la

píldora es particularmente peligrosa para las mujeres que todavía no han tenido su primer hijo, siendo éstas las que pertenecen al sector demográfico que más usan la píldora en EEUU.

Para mostrar cuán grande es la amenaza de la píldora para las jóvenes, la doctora Lanfranchi citó varias estadísticas. También citó de un meta-análisis en el 2006 de la Clínica de Mayo en EEUU, en el que se señaló que el riesgo de cáncer de seno aumenta en un 50% para las mujeres que toman anticonceptivos orales durante cuatro años o más antes de un embarazo llevado a cabo hasta el nacimiento del bebé. En el 2009, el Centro de Investigación de Cáncer de la Fred Hutchinson, determinó que las mujeres que empiezan a tomar la píldora durante su adolescencia, son cuatro veces más propensas a contraer el cáncer de seno triple negativo. Aún más alarmantes son los datos del oncólogo sueco, el doctor Hakan Olsson, quien concluyó que el uso de la píldora antes de los 20 años de edad, aumenta el riesgo de cáncer de seno en las jóvenes en más del 1000%. “Es como si uno tomara este coctel de molotov de un carcinógeno del grupo uno y lo echara dentro del seno de una joven,” dijo la doctora Lanfranchi. “¿Acaso esto no constituye abuso de menores?” En un mundo en que el 50% de los adolescentes toman la pastilla, la doctora Lanfranchi lamentó que los esfuerzos por controvertir públicamente la profunda dependencia social en la píldora se ha hecho casi imposible – aun cuando con este mensaje se salvarían innumerables vidas de mujeres.

La Dra. Lanfranchi comprende la dificultad que tienen los médicos en aceptar esa realidad. “Es difícil hablar de esto porque uno está cambiando la cultura.....Quiero pensar que hice el bien, que ayudé a mis pacientes, que las cosas son mejores por lo que hice,” dijo. “Luego de una carrera de 25 años, me entero que he estado dispensando un carcinógeno del grupo uno durante los últimos 25 años, ello me impulsa a no aceptar ese hecho, pero hay que aceptarlo”.

Fuente: *Notifam.net*, <http://notifam.net/index.php/archives/1992/>. Versión del original en inglés: <http://www.lifesitenews.com/news/surgeon-birth-control-pill-a-molotov-cocktail-for-breast-cancer>. Traducido por Marlene Gillette-Ibern, abogada provida, trabaja con VHI.

7. España: la anticoncepción vinculada al aumento masivo de la tasa de aborto

Patrick B. Craine

Los partidarios del aborto promueven con frecuencia la anticoncepción, afirmando que a medida que aumenta el uso de anticonceptivos disminuye el número de embarazos “no deseados” y, en consecuencia, los abortos. Pero un nuevo estudio en España ha encontrado exactamente lo contrario, al sugerir que en realidad la anticoncepción aumenta las tasas de aborto.

Los autores, que publicaron sus hallazgos en enero de 2011 en la revista *Contraception*, realizaron evaluaciones cada dos años, desde 1997 a 2007, de alrededor de 2.000 mujeres españolas, de 15 a 49 años. Descubrieron que en este período el número de las mujeres que utilizaron métodos Anticonceptivos aumentó del 49,1% al 79,9%. Pero señalaron que en el

mismo período de tiempo la tasa de aborto en el país aumentó a más del doble, de un 5,52 por cada 1.000 mujeres a 11,49.

Los investigadores, que se habían planteado como objetivo recopilar información sobre el uso de la anticoncepción para reducir el número de abortos, quedaron completamente perplejos por los resultados. Dijeron que los resultados fueron “interesantes y paradójicos”, y sugirieron que el aumento de la tasa de aborto puede deberse a “un uso inadecuado o inconsistente” de los anticonceptivos. También dijeron que podría deberse a que se ha informado que ha habido más abortos, incluidos los abortos “clandestinos” y los de personas extranjeras. “Los factores responsables del aumento en la tasa de aborto voluntario necesitan más investigación”, afirma la conclusión del resumen.

Sin embargo, el Dr. Brian Clowes, el Director de Investigación y Capacitación de HLI, ha sugerido que los investigadores no han hecho un gran descubrimiento. “Es la misma cosa vieja de siempre. Estos muchachos aparentan no saber lo que está pasando, pero lo saben muy bien”, dijo.

La Dra. Dianne Irving, una experta en bioética de la Universidad de Georgetown y ex miembro de un banco bioquímico con los Institutos de Salud Nacionales de EEUU, dijo que la necesidad de más estudio “no tiene razón de ser”, porque “los varios años de estudios científicos en todo el mundo” han establecido el vínculo entre la anticoncepción y el aborto.

Los activistas provida han sostenido durante mucho tiempo que la anticoncepción lleva a una mayor actividad sexual y, dado que la anticoncepción fracasa en forma regular, lleva a más embarazos “no deseados”. Esto a su vez lleva a más abortos.

“Dado que es... un dato científico documentado y ampliamente conocido que casi todos los llamados ‘anticonceptivos’ fracasan habitualmente y ello se refleja en las tasas estadísticamente significativas que resultan de los “embarazos no deseados”, ¿sorprende que los abortos voluntarios sean socialmente requeridos para curarse de estos ‘accidentes?’”, preguntó la Dra. Irving. “Quiere decir que el aborto se ha convertido en sí mismo y por sí mismo en un ‘anticonceptivo’”.

“La idea es hacer que la gente acceda a la anticoncepción para que se les pueda vender el aborto”, dijo el Dr. Clowes. Y señaló que muchos partidarios del aborto de alto perfil han hecho la conexión entre el aborto y la anticoncepción desde la década de 1950. Entre ellos se cuentan personajes como Alfred Kinsey, Beckworth Whitehouse y Christopher Tietze.

Malcolm Potts, ex Director Médico de la Federación Internacional de Paternidad Planificada (IPPF, por sus siglas en inglés), dijo en 1979 que “a medida que las personas recurren a la anticoncepción, habrá un aumento, no un descenso en la tasa de aborto”.

El Tribunal Supremo de EEUU también admitió la conexión al sostener el “derecho” al aborto en su sentencia de 1992 en el caso *Planned Parenthood v. Casey*. “En algunos aspectos críticos el aborto es del mismo carácter que la decisión de utilizar un método anticonceptivo”, escribieron los jueces. “Durante dos décadas de desarrollo económico y social, las personas han organizado

sus relaciones íntimas y han tomado decisiones que definen sus puntos de vista respecto a sí mismos y al lugar que ocupan en la sociedad, dependiendo de la disponibilidad del aborto en caso que falle la anticoncepción”.

“He estado en todo el mundo, y el camino que ellos comienzan para tratar de legalizar el aborto es legalizar primero la anticoncepción”, dijo Clowes. “Y dado que ésta fracasa rotundamente, entonces las mujeres comienzan a buscar abortos ilegales... Luego, las mismas personas que están promoviendo la anticoncepción dicen ahora que tenemos que legalizar el aborto. Es un sistema muy poco pulcro que funciona todo el tiempo”.

La Dra. Irving señaló que muchos de los “anticonceptivos” citados por los autores también actúan como abortivos. Dijo que si falla la acción anticonceptiva de la píldora o del DIU, el fármaco o el dispositivo actúa entonces “matando al embrión en su desarrollo inicial durante su primera semana de vida, mientras está todavía en las trompas de Falopio de la mujer”.

Ella señaló que los abortos que resultan de estos anticonceptivos abortivos no son contabilizados en las estadísticas sobre el aborto de los autores, dando a entender que el aumento de los abortos sería aún más elevado que el que informa el estudio.

Los autores encontraron que el anticonceptivo más comúnmente utilizado fue el preservativo, ya que su uso aumentó de un 21% a un 38,8%. El segundo anticonceptivo utilizado con más frecuencia fue la píldora, que pasó del 14,2% al 20,3%. Disminuyeron la esterilización femenina y el DIU, al ser utilizados por menos del cinco por ciento de las mujeres en el 2007.

Los autores agruparon los métodos naturales de planificación de la familia con la anticoncepción. La cantidad de las que utilizaron la planificación natural de la familia cayó del 0,9 al 0,5 durante el período de estudio.

En <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21134508>, se puede encontrar el estudio, titulado “Trends in the use of contraceptive methods and voluntary interruption of pregnancy in the Spanish population during 1997-2007” (“Tendencias en el uso de métodos anticonceptivos y la interrupción voluntaria del embarazo en la población española de 1997 al 2007”).

Fuente: Patrick B. Craine, “La anticoncepción vinculada al aumento masivo en la tasa de aborto,” *Notifam.net*, 7 de enero, 2011, <http://notifam.net/index.php/archives/2426/>. Versión original en inglés en <http://www.lifesitenews.com/news/new-study-links-contraception-hike-with-increased-abortions>. Traducción de José Arturo Quarracino.

8. La mentalidad anticonceptiva

Brian Clowes, PhD

Director de Investigación y Capacitación de HLI

La mentalidad anticonceptiva con frecuencia dirige e informa los aspectos morales de la vida de una persona. Como todas las ideologías, se trata de una manera estéril de pensar que desestima la evidencia cuando ésta entra en conflicto con la propia mentalidad. De esa manera conduce a conclusiones erróneas y comportamientos destructivos. No les presta atención a las consecuencias a largo plazo a medida que intenta resolver necesidades y situaciones a corto plazo. Eventualmente se convierte en algo habitual y es muy difícil de superar, porque es definida por una estructura de presunciones implícitas (y usualmente sin fundamento), de que “todo el mundo sabe que son verdad”.

Llega el momento en que la mayoría de los niños se da cuenta del hecho de que sus padres utilizan anticonceptivos. Los adolescentes se dan cuenta de que sus padres han separado el acto sexual de la procreación, ¿por qué entonces ellos no pueden hacer lo mismo?

Los niños que son católicos rara vez escuchan, si es que lo escuchan alguna vez, a un sacerdote decir que la anticoncepción es un acto mortalmente pecaminoso y físicamente peligroso. No hay duda de que una gran parte de la responsabilidad por la difusión de la mentalidad anticonceptiva le corresponde al clero. La gente joven ve la propaganda anticonceptiva por todas partes. Las clases de “educación” sexual en las escuelas públicas tratan el tema de la anticoncepción, o por lo menos una parte del mismo, en detalle. El mensaje es sutil, pero es martilleado implacablemente en las mentes de los jovencitos: “La anticoncepción es una parte esencial del estilo de vida moderno. Todo el mundo la usa”.

Las parejas de jóvenes casados (o, muchas veces, no casados) se acostumbran a usar anticonceptivos y eventualmente los ven como algo indispensable para su estilo de vida.

La mentalidad anticonceptiva se difunde no sólo por todo el alma de la persona, sino también por toda la sociedad. Si ello se permite, como vemos que ocurre en países moribundos, como los de Europa o Japón, las tasas de natalidad descenderán por debajo del nivel de reposición demográfica.

La raíz del problema es fácil de identificar. El acto conyugal tiene dos propósitos: procrear bebés y fortalecer el vínculo afectivo entre los esposos. Si uno de los dos aspectos, el unitivo (el vínculo afectivo) o el procreador (los bebés) es desestimado, el otro resulta ser irreparablemente perjudicado. Y el propósito mismo y la propia promesa de tanto el acto conyugal como del propio matrimonio no se cumplen.

Si el aspecto procreador del acto conyugal puede ser eliminado, ¿por qué no el unitivo? Donde quiera que la aceptación de la anticoncepción se difunda a gran escala, la legalización del divorcio se convierte en su eventual secuela. Una vez que el divorcio se ha hecho presente, le sigue la legalización del aborto. A éste, a su vez, le sigue el infanticidio de los recién nacidos

incapacitados. Luego sigue la eutanasia, o la mal llamada “matanza por piedad”, de los ancianos y los gravemente incapacitados.

Si el aspecto procreador del acto conyugal puede ser eliminado, ya no importa con quién la persona se ha unido. Por ello es que hoy vemos una promoción en el mundo occidental del “matrimonio” homosexual. A la gente que acepta la anticoncepción como un “derecho”, se le hace particularmente difícil debatir el tema de las uniones antinaturales.

El asunto que debemos aprender está claro. Solamente podremos contener el mal, si enseñamos a la gente a ser virtuosa. No podremos vencer el mal simplemente echando la virtud a un lado e intentando suprimir sus consecuencias por medio de la tecnología.

El Dios que crea es el Dios que revela. De manera que no puede haber un conflicto entre la ciencia y la fe católica. Ello significa que la doctrina de la Iglesia está en armonía con los hallazgos objetivos de la ciencia, incluyendo la psicología. De manera que no debe sorprendernos el hecho de que los que se adhieren a la ley natural son mucho más felices que los que no lo hacen. Es cierto que el negarse un bien particular, por un motivo particular – digamos, la abstinencia periódica en el matrimonio por serios motivos – es difícil. Pero, con el tiempo, la gente que vive según la ley de Dios y la naturaleza se da cuenta que es más feliz, y que está más contenta y libre de preocupaciones.

Este principio se manifiesta de muchas maneras. Por ejemplo, los hombres y las mujeres que se abstienen de relaciones sexuales antes del matrimonio y que luego permanecen fieles y fecundos en él, tienen un índice de divorcio de aproximadamente el 6%; mientras que más de la mitad de los matrimonios en los que los cónyuges estaban sexualmente activos antes de casarse y utilizaron anticonceptivos se divorcian.

Nuestra misión fundamental es establecer la Cultura de la Vida haciendo “discípulos de todas las naciones” (Mt 28:19-20). Pero no podemos llevarla a cabo simplemente eliminando lo que está mal. Debemos lograrla por medio de la aceptación gozosa de lo que constituye un bien fundamental – en este caso, la fecundidad humana y el amor conyugal.

La evangelización para la Cultura de la Vida, por medio de los sacerdotes y los laicos, ya no es solamente un gran bien. Ahora se ha convertido en un necesidad, si es que vamos a sobrevivir.

9. EEUU: los obispos instan a los sacerdotes a predicar contra la anticoncepción

Publicación de obispos de EEUU insta a los sacerdotes a predicar contra la anticoncepción, la esterilización y la fertilización in vitro

John-Henry Westen

WASHINGTON, DC, 15 de marzo, 2011 (Notifam.net) – En el último número de *Life Issues Forum*, una publicación semanal del Secretariado para las actividades Pro-Vida de la Conferencia Episcopal Católica de EEUU, se insta a los sacerdotes a “fomentar la comprensión de las enseñanzas de la Iglesia sobre la vida y la castidad” a través de “homilias y por medio de inserciones y anuncios en un boletín, citando buenos artículos sobre estas enseñanzas”. Susan E. Wills, directora asistente para Educación y Extensión del Secretariado de las Actividades Pro-Vida de la Conferencia Episcopal, es la autora de la publicación. En ella, Wills llama la atención sobre tres áreas donde hay una “profunda oscuridad de la conciencia”, inclusive entre los católicos.

Wills cita el material escrito de tres católicos que muestra la tendencia. En un documento sobre la ética de la anticoncepción, una estudiante de una universidad católica escribió que ella cree que la Iglesia no toma muy en serio su oposición al uso de anticonceptivos, así que ella tampoco. Esa estudiante nunca ha oído que se mencione el tema en una homilía, ni que se haya hablado de la enseñanza (excepto despectivamente) en sus años de educación católica. La co-presidente de un programa parroquial dio la impresión de que está considerando esterilizarse. En un blog popular para “madres urbanas”, preguntó si otras mujeres podían compartir sus experiencias “positivas” con un determinado método de esterilización permanente. Otra mujer católica escribió sobre sus experiencias al pasar por varios ciclos terribles de la extracción de óvulos y de la fecundación in vitro (FIV), en su esfuerzo por tener hijos genéticamente relacionados con ella y su marido.

Además de enseñar la verdad sobre estos temas, Wills sugiere que los sacerdotes pongan de relieve “el deseo de Dios de perdonar nuestros pecados y renovar su gracia” y ofrecer “horas extra cada semana para la reconciliación sacramental”. Wills explica: “Muchos católicos que experimentan problemas de fertilidad han recurrido a la fecundación in vitro para tener un niño, y muchos consideran que la FIV es ‘provida’, simplemente porque se puede traer un nuevo bebé al mundo. Pocos saben que, además de los problemas morales relacionados con la FIV, la gran mayoría de los embriones humanos creados a través de las técnicas de reproducción son desechados o de alguna manera mueren en el proceso”. Pero agrega que “como adultos, no podemos afirmar que las verdades morales de la Iglesia no están disponibles... Nunca ha sido más fácil acceder a la sabiduría de la Iglesia sobre cuestiones de la vida y la castidad – los escritos de los Papas, los obispos, y los buenos teólogos moralistas son sólo una búsqueda a la distancia en Google”.

Fuente: Versión en español: <http://notifam.net/index.php/archives/3522>/Versión original en inglés en <http://www.lifesitenews.com/news/us-bishops-publication-urges-priests-to-preach-on-contraception-steriliza>. Traducción de José Arturo Quarracino.

10. EEUU: Decisión de Obama impulsada por ideología totalitaria y antivida

El Presidente Interino de HLI, Monseñor Ignacio Barreiro Carámbula, emitió el 1 de agosto del 2011 una declaración en relación con el anuncio, por parte del Gobierno de Barack Obama, de que las compañías de seguro médico deben cubrir el suministro de anticonceptivos y la práctica de la esterilización libre de costos, como lo ha recomendado el Instituto de la Medicina (IOM, por sus siglas en inglés):

“La decisión que ha tomado el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) del Presidente Obama, es un ataque contra la propia vida humana desde el momento de la concepción. Al decidir que la anticoncepción y la esterilización constituyen ‘medicina preventiva’, el Gobierno de Obama está de hecho colocándole al embarazo la etiqueta de ‘enfermedad’ o ‘desorden’.

“La decisión que ha tomado hoy [1 de agosto del 2011] el Gobierno de Obama es una manifiesta violación del derecho a la objeción de conciencia de todas las personas que consideran inmoral la promoción y la práctica de la esterilización, así como de los anticonceptivos, incluyendo los que son abortivos, que artificialmente inhiben la implantación del bebé recién concebido y destruyen así la vida humana. Si bien es cierto que la declaración del Gobierno de Obama dice que se permitirá una excepción de este mandato a las instituciones religiosas, las protecciones que se han propuesto para la objeción de conciencia son tan estrechas que muy pocas organizaciones estarán exentas de hecho de financiar las esterilizaciones quirúrgicas y los anticonceptivos, incluyendo los que son abortivos. Además, muchos empresarios se verán forzados a ofrecer esta cobertura a sus empleados, y muchas agencias de seguros de salud también se verán forzadas a financiar estos ‘servicios’ en contra de sus propias convicciones morales.

“Con esta decisión que ha tomado hoy el HHS, el Gobierno de Obama ha colocado a EEUU un paso más cerca del establecimiento de un estado socialista y totalitario. Está imponiendo una política de control de la natalidad obligatorio cuando ordena su incorporación en los contratos de seguros de salud. Los beneficiarios de estos contratos son libres de usarla o no, pero tanto ellos como los empleados se verán forzados a pagar por ella”.

Monseñor Barreiro también subrayó la importante labor realizada por el nuevo Director Nacional de HLI America (HLI EEUU), Arland K. Nichols, de informar apropiadamente a la opinión pública acerca de este problema tan grave: “Arland y su equipo de escritores del Foro de la Verdad y la Caridad de HLI America han realizado una excelente labor al analizar este tema desde una perspectiva provida, comenzando con la recomendación original del IOM, e incluyendo un análisis de la decisión de esta mañana del Gobierno de Obama”, dijo Monseñor Barreiro.

Fuente: “Obama Administration Decision on Contraception and Sterilization Driven by a Totalitarian Anti-Life Ideology”, *Comunicado de Prensa de HLI*, 1 de agosto del 2011, <http://www.hli.org>.

11. Efectos negativos de la píldora anticonceptiva

1. Los anticonceptivos hormonales tienen graves efectos colaterales. Aunque los principales medios de comunicación y los grupos feministas anti vida presentan los anticonceptivos hormonales como una bendición para las mujeres, pasan por alto los graves efectos colaterales acerca de los cuales han informado las principales publicaciones científicas. El consumo habitual de potentes esteroides, que es lo que son los anticonceptivos hormonales desde la píldora hasta la inyectable Depo-Provera, tiene poderosos efectos en el organismo humano. No debería sorprender que estos anticonceptivos causen una larga lista de efectos colaterales, desde leves, como dolores de cabeza, hasta graves, como depresión severa y aún la muerte. *De hecho, los anticonceptivos hormonales, como la píldora, han sido clasificados como carcinógenos por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [1].* (Es significativo saber que la OMS no se destaca precisamente por ser provida, ¡sino todo lo contrario!) Todo lo que se dice a continuación sobre la píldora aplica también a otros anticonceptivos hormonales femeninos.

2. Principales efectos colaterales. He a continuación algunos de los efectos colaterales de las píldoras anticonceptivas que aparecen en la lista de uno de los principales sitios de salud en la Internet, PDRhealth.com, el cual dice que “los efectos colaterales no se pueden anticipar”: “Depresión, pérdida de los períodos menstruales, migraña, náusea, vómitos, retención de líquido, aumento de peso, infección vaginal... Dolores en el pecho, toser sangre o falta de aliento (que indica un posible coágulo sanguíneo en el pulmón)... Dolor opresivo en el pecho o sensación de pesadez (que indica un posible ataque al corazón)... Pérdida repentina, parcial o completa, de la visión (que indica un posible coágulo sanguíneo en el ojo); masas en el seno (que indican la posibilidad de cáncer de seno o de enfermedad fibroquística del seno); dolor agudo o sensibilidad en el estómago (que indica un posible tumor en el hígado)...” [2]

3. Aumento considerable del riesgo de trombosis venosa profunda. Uno de los efectos colaterales más graves de la píldora es el aumento de la trombosis venosa profunda o coágulos sanguíneos que son potencialmente mortales. El *Guardian* (6 de marzo, 2009), el diario izquierdista británico más prominente, divulgó los resultados del informe publicado por la Asociación Médica Británica y la Sociedad Farmacéutica Real de Gran Bretaña de que algunas versiones de la píldora aumentan 5 veces el riesgo de trombosis venosa profunda. La píldora duplica el riesgo de sufrir un infarto y aumenta ligeramente el riesgo de cáncer cervical.

4. La píldora causa problemas a largo plazo en la regulación hormonal. En el número de enero de 2006 de *The Journal of Sexual Medicine* (“La Revista de Medicina Sexual”), los investigadores informaron que persisten cantidades anormalmente bajas de testosterona sin límites causadas por la píldora en mujeres que han dejado de tomarla. El organismo femenino utiliza la testosterona, como el masculino, para regular la función sexual, pero en cantidades más bajas. El Dr. Irwin Goldstein, uno de los autores del informe, dijo: “Esta obra es la culminación de 7 años de investigación, en la que hemos observado en nuestra práctica a muchas mujeres que habían tomado anticonceptivos orales y que sufrían de disfunción sexual, pero cuyos problemas sexuales y hormonales persistieron aún después de dejar de tomarlos” [3].

5. La píldora aumenta significativamente el riesgo de varios cánceres. La píldora aumenta el riesgo de cáncer en las mujeres de edad fértil. Cuando toman anticonceptivos orales, “las

adolescentes son especialmente vulnerables al cáncer de seno, debido a que sus senos se están desarrollando”, dijo el Instituto para la Prevención del Cáncer de EEUU. La OMS trató el tema del vínculo entre la píldora y el cáncer de seno en un informe que fue publicado en el 2005, como también lo hizo en enero de 2006 la *New England Journal of Medicine* (“Revista de Medicina de Nueva Inglaterra”) [4]. Si bien es cierto que la píldora disminuye el riesgo del cáncer de los ovarios y del cáncer del endometrio, “según la Sociedad para el Cáncer de EEUU, de 100 mujeres con cáncer [elegidas al azar], 31 tienen cáncer de seno; mientras que sólo 6 tienen cáncer del endometrio y sólo 3 tienen cáncer de los ovarios, de manera que no se trata de un buen ‘intercambio’ de riesgos”, dijo el instituto. El panel de científicos de la OMS concluyó que la píldora aumentaba los riesgos de cáncer de seno, de cáncer cervical y de cáncer del hígado.

6. La píldora causa una pérdida del bienestar general. Un estudio del Instituto Kinsey arrojó que el 40% de las mujeres que comenzó a tomar la píldora sintió una disminución de su “bienestar” y del deseo sexual. (Es significativo saber que instituto no se destaca precisamente por respetar la moral sexual, ¡sino todo lo contrario!) *Elle*, una lustrosa revista para mujeres que se encuentra en tiendas de costa a costa en EEUU, informó que “la Dra. Elizabeth Lee Vliet, una especialista en salud femenina y autora del libro *It’s My Ovaries, Stupid!* (‘¡Se trata de mis ovarios, estúpido!’), cree que el impacto negativo de los anticonceptivos orales en el ánimo –especialmente, según ella, los que tienen altas dosis de progesterona – podrían causar la necesidad de recurrir a los antidepresivos: la píldora echa a perder el ánimo y el libido de la mujer, y luego ella termina tomando Prozac [un antidepresivo]”.

7. La píldora puede contribuir a que la mujer se case con el hombre equivocado. Un estudio publicado en el número de agosto de 2008 de *Proceedings of the Royal Society B* (“Actas de la Sociedad Real de Gran Bretaña”), arrojó que cuando las mujeres, antes de tomar la píldora, olían las camisetas que usaban los hombres, les atraían hombres que eran más genéticamente disímiles a ellas. Pero luego de tomarla, les atraían hombres que eran genéticamente similares a ellas. Ello significa que una mujer que toma la píldora antes de casarse y que luego deja de tomarla para tener hijos, podría dejar de atraerle su esposo. Además, los matrimonios entre esposos genéticamente similares tienen más probabilidad de tener hijos con problemas genéticos. Uno de los investigadores, Craig Rogers, especialista en psicología de la evolución, dijo: “La similitud [genética] no solamente puede causar problemas en la fertilidad, sino eventualmente también la desintegración de la relación cuando una mujer deja de tomar la píldora, ya que la percepción del olor desempeña un papel significativo en cuanto a mantener la atracción entre los esposos”.

8. La píldora está envenenando el medio ambiente. Gran parte de la hormona femenina que contiene la píldora es expulsada a través de la orina y termina en los ríos y los lagos del mundo. Los científicos están hallando cada vez más animales “intersexo” en ambientes acuáticos, lo cual podría causar un colapso en la población de peces y de otros animales marinos, seguido de un colapso en las poblaciones de aquellos animales que dependen de ellos. El 22 de abril de 2009, el diario *Washington Post* informó que “más del 80% de los róbalo de boca chica del sexo masculino del Río Potomac estaban poniendo huevos”. Los primeros róbalo “intersexo” fueron descubiertos apenas en el 2003, constituyendo el crecimiento de este fenómeno algo extraordinariamente rápido. En algunos lugares, dijo el *Post*, “el 100% de los peces machos tenía características femeninas”. El 8 de febrero de 2008, según el *Post*, unos científicos dijeron que la

causa “probablemente es algún contaminante creado por los seres humanos – quizás un químico agrícola o agua de los alcantarillados, la cual puede contener hormonas humanas o residuos de píldoras anticonceptivas”. El artículo publicado después por el *Post* informó que los científicos piensan que el problema es causado por una mezcla de hormonas y de contaminantes que imitan hormonas, y han hallado efectos negativos también en peces del sexo femenino. Nadie sabe qué efectos esos contaminantes están teniendo en los niños. Ian Murray, autor de *The Really Inconvenient Truths* (“Verdades verdaderamente inconvenientes”), expresó en la revista *National Review Online* (el 22 de abril de 2008): “Bajo cualquier estándar que normalmente usan los ambientalistas, la píldora es un contaminante. Causa lo mismo, y peor, que otras sustancias químicas que ellos llaman contaminantes”.

9. La píldora causa el aborto en algunos casos. Aunque la mayor parte del tiempo la píldora parece actuar impidiendo la concepción por medio de la supresión de la ovulación y de la inhibición del transporte de los espermatozoides a través del organismo de la mujer, en otras ocasiones causa un aborto al impedir o interrumpir la implantación del bebé recién concebido en el útero de su madre. En algunas mujeres, la píldora suprime la ovulación completamente. En aquellas mujeres en las que ello no ocurre, puede que la píldora permita la concepción y luego cause el aborto de niños por nacer.

Notas:

[1]. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/ageing/cocs_hrt_statement.pdf

[2]. <http://www.pdrhealth.com/drugs/rx/rx-mono.aspx?contentFileName=Oral310.html&contentName=Oral+Contraceptives&contentID=405>

[3]. Panzer, Wise, Goldstein, et al., “Impact of Oral Contraceptives on Sex Hormone-Binding Globulin and Androgen Levels: A Retrospective Study in Women with Sexual Dysfunction”, *Journal of Sexual Medicine*, Jan. 2006, Vol. 3 Iss. 1, 104-113.

[4]. Yager, Davidson, “Estrogen Carcinogenesis in Breast Cancer”, *New England Journal of Medicine*, January 2006, Vol. 354, No. 3, 270-282.

12. Un llamado a la acción: Detengamos el mandato de la anticoncepción

Estimada familia de HLI:

¡Que la gracia y la paz de Nuestro Señor Jesús estén con todos ustedes!

Comienzo la reflexión de esta semana hablando de paz porque estoy preocupado acerca de un grave problema que nuestra amada nación enfrenta, tal como lo subrayó la Conferencia de Obispos Católicos de EEUU por medio de un comunicado de prensa emitido el reciente 31 de agosto.

Esta enérgica declaración arroja luz sobre las nuevas directrices dadas a conocer por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés), que obligan a las

compañías privadas de salud a incluir la anticoncepción, incluyendo la que es abortiva, y la esterilización en sus planes de salud.

En su comunicado de prensa, el consejo general de los obispos le hizo un llamado al HHS a desistir de ese mandato, refiriéndose al mismo como “una ley federal sin precedentes y más radical que cualquier mandato estatal en relación con la anticoncepción”. Los comentarios también criticaron la estrechez de la excepción del “empleador religioso” en cuanto al cumplimiento de este mandato. Los obispos explicaron que el mismo “no protege de manera alguna a los particulares ni a los aseguradores por medio de una objeción moral o religiosa a la anticoncepción o la esterilización”. En vez de ello, prosiguen los pastores, la presunta excepción sólo protege a “un subconjunto muy pequeño de empleadores religiosos”.

La realidad de este mandato y su giro radical en cuanto a las normativas gubernamentales, exige de nosotros una pronta atención y una valiente respuesta. El número 1907 del *Catecismo de la Iglesia Católica* declara lo siguiente:

“En nombre del bien común, las autoridades están obligadas a respetar los derechos fundamentales e inalienables de la persona humana. La sociedad debe permitir a cada uno de sus miembros realizar su vocación. En particular, el bien común reside en las condiciones de ejercicio de las libertades naturales que son indispensables para el desarrollo de la vocación humana: ‘derecho a... actuar de acuerdo con la recta norma de su conciencia, a la protección de la vida privada y a la justa libertad, también en materia religiosa’”.

No podemos permanecer ociosos ante tan descarado atropello contra nuestros derechos fundamentales. Debemos, con el debido respeto, contrarrestar a aquellos que promueven la “cultura” de la muerte y su agenda. ¿Cómo? Escuchen las palabras del Papa Benedicto XVI durante su visita a Croacia en junio de 2011, cuando alentaba a la población, predominantemente católica, de ese país, a edificar su nación sobre el fundamento de los valores cristianos por medio del apoyo a la familia tradicional y a la santidad de la vida:

“Lamentablemente, nos vemos obligados a constatar el hecho de la difusión del secularismo que conduce a la exclusión de Dios de la vida diaria y a una creciente desintegración de la familia. El testimonio y el compromiso de la familia cristiana – vuestro testimonio concreto – es muy importante, especialmente cuando afirmáis el carácter inviolable de la vida humana desde la concepción hasta la muerte natural, el valor singular e irremplazable de la familia fundada en el matrimonio y la necesidad de una legislación que apoye a las familias en su tarea de dar a luz a los hijos y de educarlos” (Homilía impartida el 5 de junio de 2011, Día Nacional de las Familias Croatas Católicas).

Aunque las palabras de aliento y desafío del Santo Padre fueron dirigidas a los croatas, también nos interpelan a nosotros. Nuestro país es uno de muchos cuyos líderes políticos están formulando leyes que ofenden gravemente los valores cristianos de sus ciudadanos. Estoy convencido de que es importante que comprendamos lo que está en juego. Nuestros obispos han hablado abierta y proféticamente en defensa de nuestra libertad religiosa y del derecho que tenemos a ejercer dicha libertad.

Tenemos que apoyar a nuestros pastores y hacer caso de la invitación que nos han hecho a involucrarnos en la defensa de nuestros valores. No podemos dejar este asunto solamente en manos de los obispos, ¡debemos unir nuestras propias voces a las suyas!

A continuación proporcionamos los enlaces (todos en inglés) al comunicado de prensa de los obispos y sus comentarios, así como los portales cibernéticos de nuestros representantes y senadores, y también un sitio a donde enviar sus comentarios al HHS:

Declaración de los obispos: <http://www.usccb.org/news/2011/11-168.cfm>

Comentarios de los obispos dirigidos al HHS: <http://www.usccb.org/about/general-counsel/rulemaking/upload/comments-to-hhs-on-preventive-services-2011-08.pdf>

Para someter sus comentarios al HHS:
<http://www.regulations.gov/#%21submitComment;D=HHS-OS-2011-0023-0002>.

Para ponerse en contacto con su representante:
<https://www.capwiz.com/f2c/issues/alert/?alertid=52689501>

Para ponerse en contacto con su senador:
<https://www.capwiz.com/f2c/issues/alert/?alertid=53227616>.

La vida humana y nuestra libertad religiosa están en peligro. Estoy pidiéndole unirnos para que nuestras voces sean escuchadas y para obedecer el llamado de nuestros pastores.

En su mensaje del Día Mundial de la Paz de 2006, el Papa Benedicto XVI declaró lo siguiente: “La paz se funda en el respeto de los derechos de todos. Consciente de ello, la Iglesia promueve los derechos fundamentales de cada persona. En particular, promueve y defiende el respeto a la vida y a la libertad religiosa de cada uno” (8 de diciembre, 2006).

Agradezco su constante apoyo a la vida humana por medio de su oración, su testimonio y su generosidad.

Sepa que oro por usted, su parroquia, nuestro amado país y todos los que defienden la auténtica libertad, la paz y la vida. Usted será recordado en que cada Misa que yo ofrezca.

Santa Gianna Molla, ruega por nosotros.

Atentamente en Cristo,
Padre Shenan Boquet
Presidente
Human Life International

13. EEUU: ¡mañana vence el plazo para impedir el mandato de la anticoncepción!

Debido a la urgencia del tema, hemos decidido reproducir en español el artículo que sobre este asunto ha publicado el abogado Richard M. Doerflinger en el sitio de Internet de la Conferencia de Obispos Católicos de EEUU (www.usccb.org). El Sr. Doerflinger es Director Asociado del Secretariado para las Actividades Provida de dicha Conferencia. Esta misma versión en español se encuentra en: <http://www.usccb.org/about/pro-life-activities/life-issues-forum/foro-asuntos-de-vida-11-07-28.cfm>. La versión original en inglés se encuentra en: <http://www.usccb.org/about/pro-life-activities/life-issues-forum/life-issues-forum-11-07-28.cfm>. Para conocer más acerca de este importante asunto y actuar en conformidad con la propia conciencia, visite: <http://www.usccb.org/about/pro-life-activities/> y haga "click" en los enlaces indicados allí. También puede expresarle su opinión a la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés), Kathleen Sebelius, llamando al (202) 690-7000 o enviando un correo electrónico a: Kathleen.Sebelius@hhs.gov. El HHS es el responsable de esta directriz del gobierno del Presidente Obama que intenta imponerles a las aseguradoras de salud la cobertura de los anticonceptivos (incluyendo los que son abortivos) y la esterilización, aparte de que todos estos métodos son intrínseca y gravemente inmorales. Recuerde: ¡Mañana es el último día!

Los altos costos del control de la natalidad "gratuito"

Richard M. Doerflinger

El 21 de julio, el sitio de noticias sobre salud Natural Society [1] publicó estos titulares de último momento: "Píldora anticonceptiva más reciente vinculada a mayor riesgo de coágulos sanguíneos"; "Control de natalidad aumenta riesgo de contraer y transmitir VIH"; y finalmente "Panel médico impulsa control de la natalidad gratuito para mujeres". Mmm, nos podríamos preguntar: ¿quién estaba en ese panel médico? ¿Dr. Kevorkian? Pero no, fue el Instituto de Medicina (IOM), aconsejando al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) sobre "servicios preventivos para mujeres" obligatorios en prácticamente todos los planes de salud privados conforme a la nueva ley de reforma al sistema de salud.

El HHS dice que delegó esta tarea al IOM para que la gente viera el resultado basado en la "ciencia" y no en la política. Pero el informe del IOM parece basarse menos en la ciencia que en la ideología de los autores que comparten la opinión de Planned Parenthood (PP) sobre el sexo y la procreación, muchos de ellos miembros de las juntas directivas de las afiliadas de PP y otras organizaciones pro aborto. El informe dice que la mejora en el acceso a los anticonceptivos reducirá los abortos, aunque existen amplias pruebas contra esa afirmación [2]. De hecho, el panel recomienda que los planes de salud tienen que cubrir todas las drogas aprobadas por el FDA como anticonceptivos recetados, incluso el recientemente aprobado "anticonceptivo de emergencia" llamado Ella, que al igual que la RU-486 puede causar el aborto en un embarazo de algunas semanas. Cuando se les preguntó sobre una excepción de conciencia para quienes encuentren objeciones morales o religiosas a esta medida, un portavoz de IOM dijo que no era tarea del panel tomar en cuenta los "sentimientos" personales de otras personas. Muchos temen que el HHS asuma el mismo enfoque.

Los medios de noticias seculares –Time, U.S. News, USA Today, L.A. Times– obedientemente repitieron el mensaje de las relaciones públicas del panel que está ofreciendo el control de la natalidad "gratuito" para las mujeres. Ese mensaje no tiene sentido. Actualmente las mujeres que desean cobertura para el control de la natalidad la incluyen en sus primas, y a veces también tienen con un copago o es un gasto de bolsillo. Según la nueva ley, aun lo pagarán ellas, pero el costo estaría escondido en la prima total, y todos los demás, incluso las iglesias y otros empleadores religiosos *como también los católicos, estarían obligados a pagarla en sus primas*, y causarían que pagos obligatorios por parte de quienes objetan a esta medida hagan que la cobertura del control de la natalidad sea más económica para quienes la desean.

¿Y en cuanto al "costo" en la vida de las mujeres por esos coágulos sanguíneos y casos de SIDA? Los investigadores han estado al tanto de ambos problemas desde hace años. En el año 2005, por ejemplo, un estudio financiado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EEUU (CDC, por sus siglas en inglés) observó: "El vínculo positivo entre el uso de la píldora y la infección de VIH fue... apoyado por un meta análisis de 28 estudios, incluidos siete estudios prospectivos". A la mayoría de las mujeres de EEUU no se les informó de esto. Irónicamente, otros "servicios preventivos" que recomienda el IOM incluyen el rastreo de enfermedades de transmisión sexual. ¿Pero por qué se ordenaría algo que puede causar lo que otros servicios en su lista intentan prevenir?

El otro gran "costo", por supuesto, es el costo de la libertad religiosa y el respeto a la conciencia. Aunque no está sola en su opinión, la Iglesia Católica desde hace mucho tiempo ha sido profética y contracultural en su advertencia de que la anticoncepción artificial y la esterilización no mejoran el bienestar de la mujer. Por supuesto, a ningún estadounidense se le exige por ley aceptar esa enseñanza. ¿Pero debería el gobierno, en nombre de todos los estadounidenses obligar incluso a las instituciones de la Iglesia a actuar conforme a la visión opuesta, cuando la evidencia que apoya el mensaje de la Iglesia es más fuerte que nunca?

Para conocer más acerca de este importante asunto y actuar en conformidad con la propia conciencia, viste: <http://www.usccb.org/about/pro-life-activities/> y haga "click" en los enlaces indicados allí. También puede expresarle su opinión a la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés), Kathleen Sebelius, llamando al (202) 690-7000 o enviando un correo electrónico a: Kathleen.Sebelius@hhs.gov. El HHS es el responsable de esta directriz del gobierno del Presidente Obama que intenta imponerles a las aseguradoras de salud la cobertura de los anticonceptivos (incluyendo los que son abortivos) y la esterilización, aparte de que todos estos métodos son intrínseca y gravemente inmorales. Recuerde: ¡Mañana es el último día!

Notas:

[1]. Véase: <http://naturalsociety.com/>. El citarla no implica que estemos de acuerdo con todas las posturas de esta entidad. La USCCB y VHI mantienen sus posturas morales en conformidad con el Magisterio de la Iglesia y la ley natural.

[2]. Véase: <http://old.usccb.org/prolife/issues/contraception/contraception-fact-sheet-3-17-11.pdf>.

14. La diferencia moral entre la anticoncepción y la planificación natural de la familia

Eric Schafer

La promulgación de la Encíclica *Humanae vitae* (HV) en 1968 fue un momento crucial para la ética católica en el mundo moderno. A medida que la cultura cambiaba su visión de la sexualidad y que la anticoncepción estaba cada vez más disponible, hubo algunos que pensaron que la Iglesia cambiaría su postura sobre este tema. Sin embargo, el Papa Pablo VI fue claro al decir que la doctrina de la Iglesia acerca de este asunto no cambiaría y no podía cambiar. La anticoncepción nunca es un medio moralmente aceptable de impedir el embarazo.

A medida que la cultura continúa tragándose la “mentalidad anticonceptiva”, la Iglesia se mantiene coherente. En casi todos los documentos eclesiales desde HV que abordan el carácter inmoral de la anticoncepción, se menciona la alternativa moralmente aceptable de la planificación natural de la familia (PNF). Uno de los malentendidos más frecuentes acerca de la PNF es que se trata simplemente de otra forma de anticoncepción. Incluso, algunos han llegado a etiquetarla de “anticoncepción católica”, un desafortunado e inexacto término. Es verdad que tanto la PNF como la anticoncepción pueden ser usadas para lograr el mismo fin de evitar un embarazo. Sin embargo, el medio elegido para dicho fin es considerablemente diferente en cada caso y tiene implicaciones morales significativas.

Para poder comprender la diferencia moral entre la PNF y la anticoncepción es necesario examinar cómo funcionan estos dos métodos. La anticoncepción consiste en impedir directamente la concepción, ya sea por medio de sustancias químicas o de una barrera física. La forma más común de anticoncepción es la píldora. La píldora eleva los niveles de estrógeno y progesterona en el organismo femenino de manera tal que impide que ocurra la ovulación. Si la mujer no está ovulando, le es imposible concebir un hijo. La palabra “anticoncepción” surge de la combinación del prefijo “anti” y el vocablo “concepción”. Textualmente significa “contra la concepción”. Es una frustración activa de la concepción por medio de la alteración de la fertilidad. De manera que los matrimonios que usan la anticoncepción eligen actuar contra su saludable y natural fertilidad [1].

La PNF, en cambio, no es una forma de actuar “contra la concepción”. No hay ni sustancias químicas ni barreras que impidan la concepción de una nueva vida. En vez de ello, si los matrimonios tienen graves motivos para posponer un embarazo, pueden elegir el abstenerse periódicamente del acto conyugal.

La práctica de la PNF implica el llegar a ser capaces de reconocer los cambios naturales de la fertilidad que ocurren en el cuerpo femenino durante el mes. Por medio de este reconocimiento, los matrimonios saben cuándo la esposa es fértil y cuándo no. A través de este conocimiento, los matrimonios tienen entonces la libertad de elegir el posponer un embarazo o el lograrlo. Si un matrimonio tiene, como explicó Pablo VI, un “motivo grave”, entonces son libres de elegir abstenerse del acto conyugal cuando la esposa es fértil para posponer el embarazo. En ese caso, no hay una modificación forzada de la fertilidad ni tampoco un impedimento contrario a la concepción. Al contrario, hay una armonía con la naturaleza y con el plan de Dios. Ese plan

incluye un período natural de infertilidad femenina. Por consiguiente, cuando los matrimonios usan la PNF, eligen cuándo realizar el acto conyugal.

El problema moral de la anticoncepción o de elegir impedir la fertilidad consiste en separar el acto sexual de la procreación. La concepción es el fin natural o el *telos* del acto conyugal. Por lo tanto, el separarlos es un acto gravemente desordenado. La PNF, en cambio, deja abierto el acto conyugal al logro de su *telos*. Hay una ventana en cada ciclo femenino en la cual la mujer no puede concebir, no porque ella sea infértil, sino porque así es como funciona su natural y saludable fertilidad. Por ello es que la PNF está “abierta a la vida”, lo cual es esencial para que un acto conyugal sea moralmente lícito. Si bien es cierto que la concepción no va a ocurrir durante ese tiempo del ciclo en que la mujer no está ovulando, el matrimonio está abierto a la posibilidad de la concepción, a diferencia de estar cerrado a ella y de actuar directamente para impedirlo.

La belleza de la PNF consiste en que se trata de un estilo de vida. De manera que es importante recordar que su propósito no es simplemente evitar un embarazo. El posponer un embarazo es solamente un uso posible de la PNF. Y dicho uso exige un “motivo grave”. La determinación de ese motivo corresponde a los esposos, pero su discernimiento debe tener lugar por medio de una conciencia bien formada. *Gaudium et spes* señala que los hijos son “el don más excelente” del matrimonio. De manera que el “motivo grave” para evitar este “don más excelente” debe ser una razón seria. La acumulación excesiva de bienes o riquezas no es un motivo grave, porque la venida de otro hijo no es un detrimento para la familia. Ello sería más bien un motivo egoísta, ya que el matrimonio estaría eligiendo los bienes materiales por encima del “don más excelente” que Dios quiere darles.

Hay ocasiones, sin embargo, en que es prudente que un matrimonio posponga un embarazo. Por ejemplo, si hay un problema grave de salud en la madre o si los esposos no son capaces en ese momento de enfrentar sus necesidades económicas básicas. No hay una respuesta fácil para determinar cuándo una causa es grave que justifique el uso de la PNF. Pero esta es una decisión que el matrimonio toma con una conciencia que está en conformidad con la ley divina (cf. GS 50). La PNF debe ser usada para postergar el embarazo solamente cuando surge la necesidad, y no para evitar los hijos innecesariamente, ello sería contrario al propósito del matrimonio.

La anticoncepción también crea la preocupación de que los esposos se conviertan en objetos de mutuo placer, ya que habla un lenguaje de exigencias y falsos derechos, sin respetar la orientación dadora de vida del acto placentero que han elegido realizar. La anticoncepción purga la decisión de los esposos de los fines naturales del acto conyugal que ellos mismos han elegido realizar. Mientras la anticoncepción claramente actúa contra el bien de la fertilidad y hace que el acto conyugal sea estéril; la PNF respeta y funciona acordemente con el ciclo natural de fertilidad y, a su vez, respeta el acto conyugal y a los mismos esposos.

Eric Schafer es un seminarista que estudia para la Diócesis de Arlington, Estado de Virginia, EEUU, en el Theological College de Washington, DC. Su artículo fue publicado originalmente en inglés en el boletín de la Internacional de Seminaristas por la Vida de HLI. Para comentarios y sugerencias acerca de los artículos de este boletín, o para someter artículos, diríjase a

semsforlife@hli.org. Estos boletines son colgados periódicamente en español en la página de VHI, en: <http://www.vidahumana.org/publicaciones-hli-vhi/boletin-seminaristas-provida>.

[1]. Nota de VHI: Recordemos que también la píldora (la de uso habitual y la “del día siguiente”), el dispositivo intrauterino (DIU o IUD) y el inyectable Depo-Provera son *abortivos* parte del tiempo, además de *nocivos* para la salud de la mujer. Consúltese al respecto: <http://www.vidahumana.org/anticoncepcion>.

15. El falso estudio científico que sirvió de base al mandato de Obama (III)

Continuamos y concluimos el artículo de Arnard K. Nichols, director de HLI America (HLI EEUU) sobre este tema. Véase (en inglés): www.hli.america.org.

El comité que sometió el “estudio científico” al Departamento de Salud y Servicios Humanos del Gobierno de EEUU (HHS, por sus siglas en inglés), para justificar su norma de obligar a las aseguradoras de salud a incluir gratuitamente la cobertura de anticonceptivos (incluyendo los que son abortivos), la esterilización y ciertos fármacos abortivos, debió haber examinado más estudios rigurosos que han sido revisados por colegas de este campo científico dedicado al análisis de los potenciales efectos colaterales negativos de la anticoncepción química. Este tipo de estudios, que han sido publicados en las revistas de medicina más prestigiosas, indican que los riesgos de cáncer de mama son significativamente más elevados en las usuarias de anticonceptivos orales, especialmente en aquellas mujeres que comienzan a usarlos antes de su primer embarazo a término (es decir, que concluye con el nacimiento del bebé), las que tienen un historial familiar de cáncer de mama y las que fuman. El riesgo de accidente cerebrovascular es también mucho más elevado en las usuarias de anticonceptivos orales. Al respecto hay estudios que arrojan una tasa de 1.5 a 4 veces de mayor riesgo. Los hallazgos en relación con esto último han sido publicados en revistas como el *Journal of American Medical Association* y el *Journal of the American Heart Association* (que se dedica al corazón). Los coágulos sanguíneos también constituyen un riesgo significativo para las usuarias de anticonceptivos orales, como lo indica con toda claridad el *Physician's Desk Reference* (el manual de consulta para los médicos en EEUU): “El aumento del riesgo de enfermedad tromboembólica y trombótica asociado al uso de anticonceptivos orales está bien establecido”.

A comienzos de este año, la agencia del gobierno de EEUU que se dedica a la supervisión y la regulación de la comercialización de alimentos y fármacos (FDA, por sus siglas en inglés), anunció una revisión de la seguridad de los anticonceptivos orales de mayor venta en el mercado (Yaz, Yasmin y Beyaz) para responder a estudios recientes que mostraban que el uso de estos fármacos comportan un riesgo de dos a tres veces mayor de coágulos arteriales en comparación con el ya elevado riesgo vinculado a otros tipos de anticonceptivos orales. Finalmente, los estudios demostraron que las usuarias de anticonceptivos orales tienen un mayor riesgo de sufrir ataques cardíacos que las que no los usan, y que sus arterias desarrollan placas con más rapidez. Si una mujer tiene otros factores de riesgo, su propensión aumenta drásticamente.

Nuestros funcionarios públicos nos han fallado en la selección de un comité de composición política uniforme para asesorar a Kathleen Sebelius y al HHS, del cual ella es la Secretaria; en la falta de integridad con la cual llevó a cabo su investigación; y en la forma tan imprudente en que ha arriesgado la salud de millones de mujeres estadounidenses. El Consejo de Investigación de la Familia (una organización a favor de la familia en EEUU), resumió muy bien la situación: “Esta decisión desestima completamente la opinión, la investigación y la ciencia que no apoyan una ideología proaborto”. Muchas personas y organizaciones han planteado preocupaciones similares, pero sus palabras han caído en oídos sordos. Sin embargo, hay evidencia convincente de que la Recomendación 5.5 [la que recomendó la cobertura de anticonceptivos, etc.] ya había sido decidida por motivos ideológicos en vez de estándares objetivos científicos y médicos o en base a las verdaderas necesidades de salud de las mujeres.

Quizás no deba sorprendernos que la maniobra política y la ideología sean obstáculos al presunto objetivo del HHS de garantizar la salud del pueblo estadounidense. No esperamos que la manera de forjar las políticas públicas en nuestra democracia sea completamente desinteresada. Lo que sí nos sorprende, sin embargo, es la osadía con la que el comité eludió la práctica profesional de la investigación con el objeto de arrojar conclusiones que ya sostenía desde un comienzo. Los funcionarios del HHS son nombrados para realizar una investigación que la ciudadanía en general no tiene el tiempo ni la pericia de acometer. Pero no son nombrados para engañar y desinformar. Debemos ser capaces de poder confiar plenamente en la integridad de aquellos en quienes delegamos estas tareas tan importantes. Al tergiversar los datos relevantes, el comité y la Secretaria Sebelius han traicionado la confianza que en ellos ha depositado el pueblo de EEUU y han arriesgado potencialmente la salud de millones de mujeres.

Arland K. Nichols es el director nacional de HLI America (HLI EEUU), una iniciativa educativa de Human Life International. Averigüe más acerca de su misión en www.hliamerica.org.

Fuente: Public Discourse: Ethics, Law and the Common Good,
<http://www.thepublicdiscourse.com>;
<http://www.thepublicdiscourse.com/2011/09/4031?printerfriendly=true>, 28 de septiembre, 2011.

16. HLI: Llamémosle a la intolerancia anticatólica por su nombre

Padre Peter West
Vicepresidente para las Misiones de HLI

Dejé de leer el *New York Times* hace años debido a su patente animadversión hacia la Iglesia Católica. Pero un amigo me envió un ejemplar de su anuncio pidiendo a los “católicos liberales” que dejaran la Iglesia. Se sorprendería si supiera que muchos católicos practicantes están de acuerdo con usted y desean que los que rechazan la doctrina de la Iglesia se vayan. Desde luego, la Iglesia misma no necesariamente quiere que ello ocurra, pero, ¿por qué permanecer en la Iglesia si no se aceptan sus enseñanzas?

También le sorprenderá saber que de hecho admiro su postura más que la de aquellos católicos que se oponen a la doctrina de la Iglesia. En el Apocalipsis 3:15-16, Jesús dice: “Conozco tu conducta: no eres ni frío ni caliente. ¡Ojalá fueras frío o caliente! Ahora bien, puesto que eres tibio, y no frío ni caliente, voy a vomitarte de mi boca”. Ciertamente usted no es tibio respecto de sus creencias, y hay algo de admirable en ello.

Sin embargo, su anuncio fue una vil exhibición de ignorancia e intolerancia anticatólica. Desde que Jesucristo fundó la Iglesia sobre los Doce Apóstoles, ha habido pecadores y aún traidores en medio de nosotros, pero la Iglesia ha sobrevivido porque su origen no es humano sino divino. Por esta razón, la mayoría de los católicos permanecen en ella, a pesar de los muchos escándalos y defectos humanos de la Iglesia como institución. Los católicos siguen yendo a Misa porque saben que Cristo la instituyó durante la Última Cena y nos ordenó: “Hagan esto en memoria mía”.

Desde el siglo I, la Iglesia Católica ha enseñado que el recurso a la anticoncepción es gravemente ilícito. Creemos que la sexualidad es un hermoso don de Dios para ser compartido entre los esposos que son fieles entre sí y están abiertos a la transmisión de la vida. Las relaciones conyugales constituyen una auto-donación total, que incluye el don de la fertilidad. Cada vez que los esposos se unen de esta manera renuevan su alianza conyugal.

Las píldoras anticonceptivas que usted defiende son potentes hormonas. ¿Cómo es posible que les digamos a los jovencitos que no usen hormonas para aumentar su rendimiento deportivo, y al mismo tiempo inducimos a las jovencitas a ingerir potentes hormonas (píldoras anticonceptivas) que la propia Organización Mundial de la Salud (que no se destaca precisamente por ser provida), ha colocado en la misma categoría que el asbesto, por ser agentes cancerígenos? [1].

Si hay una guerra contra las mujeres, como usted dice, entonces dicha guerra está siendo perpetrada por aquellos que dicen que el organismo de la mujer es como una máquina descompuesta, que necesita una píldora para que funcione apropiadamente. Sra. Gaylor, la fertilidad no es una enfermedad, y la anticoncepción no es una medicina. No arregla lo que está dañado; sino que se introduce en un organismo femenino saludable y hace que actúe en contra de su naturaleza.

La implacable campaña que gente como usted está perpetrando contra la Iglesia Católica para obligar a sus instituciones a actuar en contra de su propia doctrina, es una grave ofensa contra la Primera Enmienda de la Constitución, la cual nos garantiza no sólo la libertad de culto, sino también la libertad de llevar a cabo nuestras empresas según nuestras convicciones religiosas.

Durante su visita a la Universidad de Notre Dame, el Presidente Obama prometió respetar el derecho a la objeción de conciencia de las instituciones religiosas. Sin embargo, bien pronto ha roto esa promesa en los términos más cínicos e inequívocos posibles. Su mal llamado “acomodo” no fue tal. Continúa pretendiendo obligar a los católicos que son fieles a violar sus convicciones religiosas.

La Iglesia Católica defiende la vida, la cual es un derecho natural e inalienable que hemos recibido de nuestro Creador. En la era del ultrasonido, cada vez es más difícil para gente como

usted reclamar que el aborto (por medio de fármacos abortifacientes), el cual Obama pretende obligarnos a subsidiar, no es otra cosa que la destrucción de un ser humano inocente.

Las distorsiones que aparecen en su anuncio son más de las que puedo mencionar aquí. Pero puedo decirle con toda sinceridad que no le albergo ningún resentimiento. Sus ataques son producto de su ignorancia acerca de la verdadera naturaleza de Cristo y de Su Iglesia. La Cuaresma es un tiempo para que los católicos mediten acerca de los sufrimientos de nuestro Señor. Desde la Cruz, Jesús perdonó a aquellos que fueron responsables de Su muerte con estas palabras: “Padre, perdónalos, porque no saben lo que hacen”. Tengo la esperanza de que todos los católicos sigan el ejemplo de Cristo y, al igual que yo, ¡la perdonen a usted y oren por su conversión!

[1]. Cf. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/ageing/cocs_hrt_statement.pdf

17. Respuesta de HLI al Gobernador Robert Jindal

Padre Shenan J. Boquet
Presidente,
Human Life International

Me sorprendió mucho el artículo “El final de la política del control de la natalidad” por su falta de visión. Es verdad que en el Estado de Luisiana, de donde provengo, el Sr. Jindal ha unido a la gente por medio de su excelente desempeño como gobernador. También es verdad que en este artículo su argumento tiene por objeto despolitizar la anticoncepción, lo cual es un loable objetivo. Pero la forma en que parece banalizar un asunto tan grave, al mismo tiempo que no informa a sus lectores del porqué la anticoncepción es controversial, es muy preocupante.

El gobernador se aferra a la opinión del Colegio de Obstetras y Ginecólogos de EEUU (ACOG, por sus siglas en inglés). El ACOG afirma que el control de la natalidad es seguro y desestima las evidencias que durante décadas han indicado lo contrario. Estaría muy interesado en escuchar más en quiénes el Gobernador Jindal piensa que debemos confiar en cuanto a declarar que el control hormonal de la natalidad es incondicionalmente “seguro”. ¿En Planned Parenthood? ¿En Bayer Pharmaceuticals? ¿En los médicos que reciben incentivos de parte de Big Pharma para hacer que la ingestión de la píldora anticonceptiva sea tan frecuente como el de la aspirina por parte de jovencitas?

Es posible que el Gobernador Jindal no se haya enterado de las demandas judiciales en curso por parte de varias entidades contra Bayer, debido a su marca popular Yaz de anticonceptivos hormonales. Estos anticonceptivos han causado que varias jovencitas sufran infartos debido a coágulos de sangre. Hace apenas un mes, una chica de 19 años sufrió siete ataques al corazón luego de que una píldora anticonceptiva le causara el desarrollo de cientos de estos coágulos. Es posible que el Gobernador tampoco se haya enterado de que la Organización Mundial de la Salud haya colocado a muchos tipos de anticonceptivos hormonales en la categoría de

carcinógenos del Grupo-1, debido a su conexión con el cáncer. Probablemente tampoco ha leído varios estudios que han confirmado el impacto negativo en el medio ambiente que la píldora anticonceptiva ha causado. Estos potentes fármacos no son tan seguros para las mujeres ni la sociedad, como el Gobernador quisiera hacernos creer. Y, debido al peligro que constituyen para la salud de las jovencitas, es un error el presuponer que la promoción de estos fármacos dará como resultado una disminución general de los gastos médicos.

Finalmente, me preocupa que otro político católico promueva con tanta energía, por motivos políticos, una política que se opone a la doctrina de la Iglesia. Ningún político de ningún partido debe pensar que la fe católica es un asunto meramente privado y al mismo tiempo apoyar posturas que van en contra de nuestras convicciones morales.

Albergo sinceramente la esperanza de que el Gobernador Jindal reconsidere su posición.
