



Vendedora de periódicos.

León Ruiz (1933-)

Crédito: Biblioteca Pública Piloto de Medellín,
(Colección Patrimonial, archivo fotográfico).

Volumen 42, 2024

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e353522>

Recibido: 27/06/2023
Aprobado: 21/09/2023
Publicado: 19/01/2024

Cita:

Gabini S, Cuenya L. Métodos anticonceptivos y prevención de infecciones de transmisión sexual: una perspectiva histórica y sexogenérica. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2024;42:e353522
doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e353522>

Métodos anticonceptivos y prevención de infecciones de transmisión sexual: una perspectiva histórica y sexogenérica

Sebastián Gabini¹,  Lucas Cuenya², 

- ¹ Doctor en Psicología. Centro de Altos Estudios en Ciencias Humanas y de la Salud (CAECIHS), Universidad Abierta Interamericana. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Argentina. sebastian_gabini@live.com.ar.
- ² Doctor en Psicología. Centro de Altos Estudios en Ciencias Sociales (CAECS), Universidad Abierta Interamericana. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Argentina. lucascuenya@gmail.com.

Resumen

Tanto el control de la natalidad como la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) han sido las grandes preocupaciones de la humanidad en lo que hace al ejercicio de la sexualidad. En la actualidad, estas dos problemáticas se enmarcan dentro de lo que se conoce como “salud sexual y reproductiva”, derecho indudablemente ligado a la calidad de vida de las personas. Sin embargo, para algunos grupos poblacionales o comunidades, el acceso a este derecho no ha sido equitativo. Por lo tanto, el objetivo del manuscrito ha sido revisar, desde una perspectiva histórica, las distintas respuestas erigidas frente a estas problemáticas, teniendo en cuenta las diferencias de sexo o género establecidas en torno a estos aspectos. En lo concerniente a la contracepción, el coito interrumpido ha sido el método más utilizado, pero la mayoría de los descritos fueron desarrollados para las mujeres. Por su parte, en relación con las ITS, el preservativo para penes ha sido por un largo período el único método de prevención disponible en todo el mundo. Hacia finales del siglo XX se presentan alternativas para personas con vulva, aunque actualmente no existe un dispositivo específico para su uso en prácticas sexuales no coitales.

-----*Palabras clave:* anticonceptivos, género, infecciones de transmisión sexual, preservativo, prevención de enfermedades transmisibles, salud sexual y reproductiva.



Check for updates



© Universidad de Antioquia

Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Contraceptive Methods and Prevention of Sexually Transmitted Infections: A Historical and Sex-generic Perspective

Abstract

Both birth control and the prevention of sexually transmitted infections (STIs) have been the major concerns of mankind regarding the exercise of sexuality. Currently, these two issues are framed within what is known as "sexual and reproductive health", a right undeniably linked to the quality of life of individuals. However, for some population groups or communities, access to this right has not been equitable. Therefore, the objective of the article has been to review, from a historical perspective, the different responses to these issues, considering the sex or gender differences established around these matters. As far as contraception is concerned, coitus interruptus has been the most widely used method, but most of the methods described were developed for women. In relation to STIs, the male condom was, for a long period, the only method of prevention available worldwide. Towards the end of the 20th century, alternatives were offered for people with vulva, although there is no specific method for use in non-coital sexual practices at the present time.

-----*Keywords:* contraceptives, gender, sexually transmitted infections, condoms, prevention of communicable diseases, sexual and reproductive health

Métodos contraceptivos e prevenção de infecções de transmissão sexual: uma perspectiva histórica e sexo-genérica

Resumo

Tanto o controle da natalidade como a prevenção das infecções de transmissão sexual (ITS) têm sido as grandes preocupações da humanidade no que tange ao exercício da sexualidade. Na atualidade, essas duas problemáticas enquadram-se no que se conhece como "saúde sexual e reprodutiva", direito indubitavelmente associado à qualidade de vida das pessoas. Contudo, para alguns grupos populacionais ou comunidades, o acesso a esse direito não tem sido equitativo. Portanto, o objetivo deste trabalho é revisar, desde uma perspectiva histórica, as diferentes respostas erigidas diante dessas problemáticas, levando em conta as diferenças de sexo ou gênero estabelecidas em torno desses aspectos. No que tange à contracepção, o coito interrompido tem sido o método mais utilizado, mas a maioria dos descritos foram desenvolvidos para as mulheres. Por outra parte, em relação com as ITS, o preservativo para pênis tem sido por um extenso período o único método de prevenção disponível no mundo todo. No final do século XX, apresentam-se alternativas para pessoas com vulva, embora atualmente não exista um dispositivo específico para seu uso em práticas sexuais não coitais.

-----*Palavras-chave:* contraceptivos, gênero, infecções de transmissão sexual, preservativo, prevenção de doenças transmissíveis, saúde sexual e reprodutiva

Introducción

Al igual que el resto de los animales, el ser humano ha tenido que hacer frente a variadas presiones evolutivas. Una de alto riesgo para su supervivencia ha sido la convivencia con agentes patógenos o parásitos. Virus, hongos y bacterias se han servido de las relaciones sexuales entre miembros de la especie como medio de propagación, provocando una tensión evolutiva entre la tendencia a interactuar y relacionarse sexualmente —indispensable para el éxito reproductivo— y el valor adaptativo de evitar estos agentes patógenos. En este sentido, los humanos (al igual que los bonobos) pueden valerse de los beneficios sociales que estas interacciones proveen [1] y la receptividad sexual de la hembra puede presentarse en cualquier período del ciclo menstrual e incluso durante el embarazo [2]. Sin embargo, en algunas ocasiones, el comportamiento sexual involucra costos adaptativos, como la exposición a conflictos interpersonales, la competencia por fuentes de recursos y la transmisión de infecciones [3].

Producto de esta tensión, en nuestro acervo emocional filogenético convivimos con respuestas emocionales que permiten guiar al organismo a comportamientos adaptativos [4]. En el plano sexual, algunas emociones organizan la conducta para el acercamiento a este tipo de interacciones, mientras que otras lo hacen para su evitación. Entre las primeras podemos encontrar el placer, la satisfacción sexual, la empatía y el agrado. En cambio, el asco y el disgusto resultan de vital importancia para repeler al organismo de alguna situación. Dado que muchos parásitos o infecciones pueden producir marcas perceptibles como lesiones, decoloraciones u olores, probablemente haya tenido un elevado valor adaptativo poseer un sistema de evitación de los fenotipos correlacionados con mayor riesgo de presencia de infecciones [5]. De este modo, incluso con anterioridad al conocimiento cultural sobre las enfermedades infecciosas, existen respuestas emocionales de desagrado seleccionadas evolutivamente ante estímulos que señalan posibles fuentes de infecciones. Sin embargo, este tipo de comportamientos habría antagonizado con la necesidad de procrear y aumentar el éxito reproductivo. Esto invita a preguntarse cuándo y en respuesta a qué condiciones materiales el ser humano comenzó a desarrollar estrategias, métodos y tecnologías contraceptivas y de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), así como las consecuencias de la utilización de tales tecnologías.

En la actualidad, la prevención de embarazos y de ITS se enmarcan dentro de lo que se conoce como “salud sexual y reproductiva”, en tanto es entendida como un derecho indudablemente ligado a la calidad de vida de las personas [6], por lo que se ha transformado en una de las principales metas de los organismos de salud y de

los Gobiernos, como responsables del establecimiento del marco legal, el diseño de estrategias intersectoriales y la implementación de acciones concretas para su abordaje [7]. En este sentido, el éxito de las respuestas frente a estas problemáticas depende que dichas acciones sean adaptadas a cada contexto y a las realidades de cada población [8]. Sin embargo, algunos grupos poblacionales o comunidades han sido sistemáticamente ignorados en lo que hace al acceso a estos derechos [9,10]. Por lo tanto, el objetivo del manuscrito ha sido revisar, desde una perspectiva histórica, las distintas respuestas erigidas frente a estas problemáticas, teniendo en cuenta las diferencias de sexo o género establecidas en torno a estos aspectos.

Inicios de la anticoncepción

Las primeras civilizaciones de agricultores pudieron producir y acumular mayor cantidad de recursos, así como acrecentar drásticamente la tasa de fertilidad y sobrevivencia, consecuencia de un menor coste en la crianza de hijos que entraña la sedentarización [11]. Hacia finales del Pleistoceno se produjo una saturación demográfica que bien pudo sobrepasar las capacidades de los sistemas de control afianzados hasta el momento (aborto, crianza selectiva e infanticidio). Estos cambios materiales en la transición entre sociedades de cazadores y recolectores con respecto a las primeras urbanizaciones agrícolas y ganaderas impulsaron la necesidad de adoptar, entre otras medidas, sistemas de restricción del tamaño familiar y de la tasa de concepción [12].

Sin embargo, para pensar cualquier tipo de dispositivo o metodología relacionada con la evitación del embarazo, fue necesario que las sociedades adquirieran algunos conocimientos previos. En este sentido, el rol del semen en la procreación parece ser uno de los descubrimientos más relevantes. Para algunos historiadores, el primer registro que se tiene presente sobre este aspecto proviene de las civilizaciones sumerias y babilónicas, cerca del año 3000 a. C. A partir de allí, en la mayoría de las mitologías clásicas, el semen ocupó un papel preponderante en el origen de la creación [13]. Previo a ello, muchas tribus/poblaciones pensaban que en el proceso de la procreación solamente estaba involucrada la hembra y se lo relacionaba con los períodos de siembra/fertilidad. A raíz de aquel descubrimiento, se abrieron nuevas posibilidades para la reducción de la tasa de embarazos, como son las prácticas o elementos para evitar el acceso del semen al útero [14], hacerlo inviable mediante alguna sustancia (espermicidas), o a través de irrigaciones y lavados vaginales después del coito [15].

En cuanto a las técnicas corporales para impedir el encuentro entre semen y útero, muy probablemente se instaló como primer método de anticoncepción el coito

interrumpido. Desde tiempos antiguos ya se registran referencias claras a esta metodología: “Y sabiendo Onán que la descendencia no había de ser suya, sucedía que cuando se llegaba a la mujer de su hermano, vertía en tierra, por no dar descendencia a su hermano” [16]. Su empleo desde la Antigüedad ya expresa una búsqueda por dissociar el placer sexual con respecto a los fines genésicos del sexo.

Otras técnicas de anticoncepción registradas han sido el coito obstructivo, practicado muchos siglos después por mujeres egipcias, que consistía en eyacular en la depresión de la uretra; el coito *saxonicus*, en el que las mujeres manipulaban el pene antes de la eyacuación para dirigir el semen hacia el pubis; o el coito *reservatus*, recomendado en las antiguas China e India para que los hombres no perdieran la esencia de la masculinidad (*yang*) y recibieran un poco de la feminidad (*ying*) de sus parejas. Por su parte, Sorano de Efeso (siglo II d. C.) recomendaba a las mujeres ponerse en cuclillas y estornudar, o dar siete saltos para evitar el embarazo [17].

Este tipo de técnicas probablemente hayan proliferado debido a su costo nulo, y a que no requieren un gran nivel de conocimiento para su ejecución ni conllevan un riesgo directo para la salud de quienes lo practican [18]. Teniendo en cuenta los avances científicos y tecnológicos de la Antigüedad, probablemente fueron los mejores métodos disponibles para la época.

En cuanto a los métodos anticonceptivos que tenían como premisa la introducción de algún elemento en el útero de la hembra, su aplicación en mujeres pareciera derivar de una práctica milenaria que se utilizaba para controlar la reproducción de los camellos en la travesía por el desierto, mediante la colocación de piedras redondas en el útero. El Kahun o papiro de Petri (1850 a. C.) puede considerarse la primera referencia de la historia sobre la descripción de un pesario realizado a partir de excremento de cocodrilo y miel [19]. En tanto, Hipócrates utilizaba un tubo de plomo para la colocación de pesarios en el útero con esta finalidad. Otros escritos hacen referencia a la introducción, en la cavidad uterina, de objetos de artesanía confeccionados a partir de distintos materiales, como vidrio, marfil, madera, plata, oro o platino [20]. Estas técnicas acarrearban dificultades relacionadas con el objeto a utilizar, el conocimiento de alguna persona para su colocación y un claro riesgo para la salud de la mujer, en tanto la mayoría de los materiales utilizados, su peso o tamaño no eran aptos para su uso dentro del cuerpo humano [21]. En general, la presencia de cuerpos extraños en la vagina puede resultar en una variedad de síntomas, como el flujo vaginal a menudo con sangre, purulento o mal olor, como también puede causar dolor abdominal, sensación de quemazón y disuria [22].

Los métodos sobre los que se tienen mayores registros de la historia antigua son los espermicidas. Tex-

tos provenientes del antiguo Egipto, como el papiro de Ebers (1500 a. C.), prescribían la colocación de un lienzo empapado con la maceración resultante de brotes de acacia triturados con miel o embebido en un jugo ácido dentro de la vulva [23]. También se describieron otros espermicidas a base de carbonato sódico natural, agua con vinagre, aceites y soluciones jabonosas [20]. En el siglo V a. C., Aristóteles detallaba la utilización de unguento de plomo o incienso mezclado con aceite de olivo [24]. Posteriormente, en el Talmud aparece la referencia más antigua al uso de las esponjas bañadas en vinagre como método anticonceptivo [17]. La evidencia científica actual indica que el uso de este tipo de sustancias en duchas vaginales puede incrementar, entre otros, el riesgo de nacimiento pretérmino, embarazo ectópico, cáncer cervical, y de contraer una ITS o vaginosis bacteriana [25]. En definitiva, la introducción de distintos elementos en la cavidad vaginal puede incrementar las tasas de infecciones genitourinarias y, por lo tanto, la morbilidad y la mortalidad en esta población.

Por último, se han encontrado registros antiguos sobre los primeros métodos de anticoncepción ligados al período de ovulación en la mujer. Hipócrates expuso, en su tratado *Enfermedades de la mujer*, escrito en el año 460 a. C., que aquella es fértil después de la menstruación y no antes, lo que puede ser utilizado para el control del embarazo. Estas prácticas de bajo costo y escasas consecuencias negativas para la salud implican efectuar un registro minucioso para estimar el período no fértil, requisito complicado si consideramos la posición social subordinada de las mujeres de aquel entonces [26]. En el plano sexual, los hombres realizaban un denodado intento por controlar su fecundidad y sexualidad, para asegurar la legitimidad de su prole [27].

En suma, los principales pueblos de la Edad Antigua demostraron un marcado interés por el desarrollo de distintos métodos anticonceptivos. Sin embargo, la orientación de los métodos abre algunos interrogantes. En este sentido, el varón puede tener numerosa descendencia, debido a la duración de su vida fértil, así como embarazar a diferentes mujeres de manera simultánea, lo que podría explicar el extensivo uso del coito interrumpido [18]. En cambio, las hembras humanas poseen un período fértil mucho menor, el que se ve interrumpido luego de cada embarazo y puerperio [28]. A pesar de ello, la mayoría de los métodos anticonceptivos descritos fueron desarrollados para las mujeres. Entonces, ¿cuáles fueron los motivos que propiciaron este sesgo? Antes del reconocimiento del rol del esperma en la procreación, este direccionamiento puede estar justificado, en tanto la hembra era sobre quien recaía el acto de la procreación. ¿Por qué se sostuvieron estas prácticas después de este descubrimiento?, ¿quizás el rol histórico predominante de crianza y cuidadoras en la sociedad pudo sesgar la orientación de las mismas? Más allá de

estos interrogantes, resulta claro que el cuerpo de la mujer y su sufrimiento han sido parte de la historia de la anticoncepción humana [21].

Inicios de la prevención de infecciones de transmisión sexual

Las ITS han acompañado a los seres humanos durante toda su historia. La comprensión del nexo causal entre estas infecciones y la práctica sexual posibilitó un posicionamiento más activo frente a este tipo de problemáticas [15,11]. Las primeras referencias históricas preservadas sobre ITS provienen de los escritos médicos redactados en algunos de los pueblos más importantes de la Antigüedad. En el Código de Hammurabi, de Babilonia (1795-1750 a. C.), se describía una enfermedad con características parecidas a la sífilis, denominada *benú*. En Egipto, el papiro de Ebers (1550 a. C.) explica los síntomas y el tratamiento de la uretritis aguda, mientras que el papiro de Brugsch (1350 a. C.) hace lo propio con la gonorrea.

En cuanto a su prevención, los condones rudimentarios aparecen en esta etapa como los primeros dispositivos que tuvieron como finalidad la protección del pene. Algunos estudiosos [19] sugieren que el rey Minos (entre los años 1750 y 1580 a. C.) fue quien utilizó por vez primera una vejiga de cabra de manera preventiva. Producto de sus numerosas infidelidades, había sido hechizado por su esposa Pasífae, de manera que, en lugar de eyacular semen, expulsaba serpientes, escorpiones y escolopendras. Sin embargo, de este antecedente solo se conservan los relatos mitológicos escritos con posterioridad por historiadores griegos. En cambio, uno de los hallazgos más antiguos fue el conocido condón de Tutankamón (entre 1354 y 1345 a. C.), que se encuentra expuesto en el Museo de El Cairo. En su tumba, se halló lo que pareciera ser un profiláctico diseñado a partir del intestino de un animal, probablemente de vaca [15]. Ambas referencias permiten pensar que este no era un método disponible para todos, sino más bien reservado para una élite.

Por su parte, Moisés dictó leyes tendientes a la higiene sexual. En la Biblia [29], se hace referencia a lo que pudo ser gonorrea como flujo seminal y se la vincula inequívocamente con el coito: “cuando un hombre yaciere con una mujer y tuviere emisión de semen, ambos se lavarán con agua, y serán inmundos hasta la noche”. Al respecto, se ordenaba el aislamiento del enfermo los siete días posteriores a la finalización de los síntomas, y la purificación de ropas y objetos. Otras recomendaciones de origen sanitario, como bañarse en agua corriente, la circuncisión o el aislamiento de la mujer menstruante, bien podrían haber servido como mecanismos para

evitar la propagación de las ITS. En la etiología de estas “enfermedades”, el elemento sagrado estaba presente, al ser consideradas un castigo divino, y solo podían curarse con la intervención del médico y la ayuda de Dios [30].

Posteriormente, Hipócrates describe por primera vez las enfermedades de transmisión sexual y las relaciona con un desequilibrio de la naturaleza. En el año 460 a. C., señaló la aparición de lesiones genitales duras y suaves, secundarias al contacto sexual. En el Imperio romano, Galeno continuó con este corpus de pensamiento, confirmando sus descripciones sobre la enfermedad, que denominó “gonorrea”, cerca del año 200 d. C. [31]. La muerte de Galeno y la invasión del Imperio romano posibilitó la expansión del monoteísmo judeo-cristiano por toda la cuenca mediterránea y, a raíz de ello, el sostenimiento del pensamiento médico helénico. Esta relación inicial entre el cristianismo y el pensamiento griego en lo que hace a la salud y a la enfermedad se profundizó en el siglo VI con la figura del sacerdote médico [32].

Sin embargo, con la caída de Constantinopla en el año 1453, comienza la concepción premoderna de la vida, que contemplaba, entre otras cosas, la afirmación de la dignidad natural del hombre, donde resaltaban la inteligencia racional y la libertad. Esta racionalidad permitió sostener la idea que la enfermedad puede contagiarse, aunque sin abandonar completamente el rol de Dios en el proceso de salud-enfermedad. Por ese entonces, Fracastoro publica, en 1546, un estudio sobre el contagio microbiano, denominado *De contagione et contagiosis morbis*. La transición de la vida feudal a la nueva burguesía, más sedentaria, en centros urbanos más poblados, favoreció la aparición, en Europa, de nuevas enfermedades en el siglo XVI, siendo la sífilis la más característica [32].

La palabra “sífilis” proviene del nombre *Syphilo*, utilizado por Fracastoro en un poema donde relata que este personaje fue castigado por haber erigido altares prohibidos en la montaña. Hacia fines del siglo XV, esta enfermedad se había convertido en una epidemia multinacional. Durante mucho tiempo se pensó que la sífilis y la gonorrea estaban asociadas o configuraban la misma entidad patológica [31]. En este escenario y ante la inexistencia de tratamientos efectivos, Gabriel Fallopio, en 1555, realizó la primera descripción científica del diseño y del empleo del preservativo como protección individual para la sífilis. Este dispositivo consistía en un corte de lino en forma de saco a la medida del glande. Además, refirió haber comprobado experimentalmente su eficacia en 1100 hombres. Poco tiempo después, Hércules Saxonia refirió el uso de un condón de mayor longitud que cubriera todo el pene, impregnado previamente con un aditamento de preparaciones herbarias [23]. Este tipo de dispositivos da cuenta de lo que probablemente haya sido el inicio de estrategias dirigidas a ob-

tener una protección doble: método contraceptivo y de prevención de ITS.

El preservativo más antiguo comercializado con fines preventivos que se conoce data de 1640 y fue encontrado en Lund, Suecia. Junto al dispositivo se halló un manual de usuario, redactado en latín, que señalaba tal finalidad. El mismo estaba fabricado con tripa de cerdo, podía ser reutilizado y era necesario sumergirlo previamente en leche tibia. Por otra parte, en un castillo utilizado por los soldados del rey Carlos I en 1646, se encontraron restos de condones fabricados con tripas de pescado, cosidos en un extremo y provistos con una cinta de seda para atarlo. Estas referencias sugieren que, durante mucho tiempo, los condones se hicieron a mano y a medida, lo que impedía la masificación de su uso. No obstante, quienes podían acceder a ellos muchas veces no seguían metodologías higiénicas para su utilización, generando fallas en su efectividad y molestias para las mujeres [15].

La situación sanitaria propició la expansión del uso de sustancias como el mercurio, el arsénico y el azufre, con el objetivo de tratar las “enfermedades venéreas” durante los siglos XVIII y XIX. Sin embargo, su empleo masivo dio lugar a serios efectos secundarios y, en muchos casos, a muertes por envenenamiento. Por su parte, para el siglo XVIII, los preservativos para penes ya se comercializaban en tiendas elegantes; empero, hubo que esperar hasta mediados del siglo XIX para que se consiguieran los avances tecnológicos para poder divulgarlo como método de prevención. Concretamente, en 1843, Charles Goodyear ideó la vulcanización del caucho, logrando que el mismo sea más elástico y resistente. A partir de este descubrimiento, a fines de la década de los cincuenta, las principales empresas dedicadas a la manufactura del caucho comenzaron a producir preservativos de goma en masa. Luego, en 1920, Youngs Rubber Company fabricó por primera vez un condón de látex (caucho suspendido en agua). Hacia 1924, el preservativo era el método anticonceptivo más empleado, dado su bajo costo, nulos efectos secundarios y doble protección [24].

En este período se suscitan varios descubrimientos relevantes en relación con las ITS. En 1838, Philip Record establece la especificidad de la sífilis y sus fases, al tiempo que la diferencia nosológicamente de la gonorrea. Albert Neisser, en 1879, aisló el gonococo (denominado *Neisseria gonorrhoeae*, en su honor) que causa esta enfermedad. En 1905, Schaudinn y Hoffmann identifican el *Treponema pallidum* como agente causal de la sífilis. A estos les siguieron el esclarecimiento de otras infecciones, como el herpes tipo 1 y la bacteria *Chlamydia Trachomatis*, en los años 1916 y 1913 respectivamente. Por otra parte, en 1898, John Beard comenzó a estudiar el ciclo ovárico, en tanto Auguste Prenant

sugirió una función hormonal para el cuerpo amarillo. De estos estudios surge la idea de que la anticoncepción hormonal era posible. Finalmente, en 1929 y 1934, se identificaron las hormonas sexuales de la mujer (estrógenos y progesterona) y se descubrieron compuestos semisintéticos con actividad similar a las naturales [24].

Historia contemporánea: la convivencia de métodos anticonceptivos y de prevención de infecciones de transmisión sexual

Estos avances científicos se producen en una época revolucionaria, en tanto acontece una definitiva ruptura con las antiguas formas de saber. En este marco, el proyecto racional moderno introduce una renovada visión del progreso humano y su capacidad para vencer la enfermedad. Esto propició la intervención de los Estados nacionales en la vida pública, a través del establecimiento de políticas sanitarias en favor de la salud colectiva [32].

En el plano de la prevención de las ITS y el control de la natalidad, esta nueva visión se encontró con la resistencia de ciertos sectores tradicionales de la sociedad que sostenían que la promoción de métodos anticonceptivos podría incitar comportamientos promiscuos. Esto llevó a proponer como métodos de anticoncepción la castidad hasta el matrimonio o la adecuación de las prácticas sexuales al ciclo menstrual, introduciendo barreras legales y sociales para métodos alternativos que cubrieran las ITS [23]. Prueba de esta tensión puede verse reflejada en la apertura del primer ambulatorio de Estados Unidos dedicado a proveer métodos anticonceptivos (diafragmas) a las mujeres que lo desearan. Su fundadora, la activista feminista norteamericana Margaret Sanger, abogaba por el derecho a una contracepción “simple, eficaz y universal”, causa por la que fue arrestada en numerosas ocasiones [33].

Por ese entonces, los conflictos bélicos tomaron gran preponderancia en relación con cuestiones de salud, y la prevención de embarazos y de ITS no sería la excepción. A principios del siglo XX, las milicias alemanas comenzaron a promocionar el uso de preservativos entre sus soldados. En Estados Unidos, tras un breve período donde se entregaron paquetes profilácticos a las tropas, el secretario de Guerra prohibió su uso, por considerarlo inmoral. Durante la Primera Guerra Mundial, Gran Bretaña y Estados Unidos eran los únicos países que no repartieron condones entre sus filas, lo que ocasionó la tasa más alta de infecciones entre todas las tropas en conflicto. Se estima que, entre 1917 y 1919, el país norteamericano tuvo cerca de 400 000 casos de sífilis y gonorrea. En 1918, se permitió la ven-

ta de preservativos en ese país y en 1930 se comienza su producción masiva [23].

Para el inicio de la Segunda Guerra Mundial (1939), la situación era marcadamente diferente a la que se vivía en la conflagración precedente. En ese momento, la ideología de la contracepción fue redirigida hacia el discurso de la planificación familiar y el control de la población. De esta manera, el acento que se había puesto en la autonomía reproductiva de las mujeres fue lentamente desplazado por un enfoque tecnocientífico del control de la fertilidad y de las enfermedades [30]. En lo que hace a la prevención de ITS, los ejércitos distribuían profilácticos y propagandas con la finalidad de promover su uso. Las campañas apuntaban claramente a evitar los contagios de sífilis y gonorrea en los soldados, al tiempo que colocaban a las trabajadoras sexuales como el foco principal del problema [34].

En paralelo a estos conflictos armados, se darían dos avances científicos de gran relevancia para el tratamiento de las ITS y de la contracepción, respectivamente. El primero de ellos se dio en 1928, cuando Alexander Fleming descubrió la penicilina. Poco más de una década después, Ernst Boris Chain y Howard Walter Florey utilizaron esta sustancia para tratar a ratones inoculados con una dosis letal de estreptococos. Los experimentos mostraron que los ratones a los que se les aplicó penicilina se recuperaron, mientras que los otros murieron. En 1945, coincidiendo con la finalización de la Segunda Guerra Mundial, los tres recibieron el premio Nobel de medicina por el hallazgo. Durante ese tiempo, la penicilina había sido utilizada de manera terapéutica para el abordaje de las ITS, en especial la sífilis [20].

El segundo descubrimiento introdujo una nueva tecnología que implicó un cambio importante en el tipo de anticonceptivos disponibles hasta el momento [35]. Hacia finales de la década de los cuarenta, diversos esfuerzos investigativos se abocaron al desarrollo de una droga contraceptiva. En 1951, el fisiólogo reproductivo Gregory Pincus se reúne con Margaret Sanger para discutir la posibilidad de investigar un método anticonceptivo universal [33]. Luego de algunos años de investigación, la pastilla anticonceptiva fue creada en 1955 y denominada Enovid®, consistiendo en una mezcla de mestranol y norethynodrel [36]. El primer ensayo clínico fue realizado un año después, con mujeres de Puerto Rico y Haití [33], dado que en Estados Unidos permanecía vigente la legislación que prohibía el uso de anticonceptivos. Durante el período de prueba surgieron algunas controversias en torno a la escasez de información brindada a las pacientes y, más aún, sobre los efectos secundarios de la droga, que llevaron a muchas de ellas a abandonar el estudio [36].

A pesar de estas dificultades, la píldora anticonceptiva continuó su avance hasta que la Food and Drug Administration (FDA) aprobara el uso de Enovid® para

regular la menstruación en 1957. Tres años después, obtendría los permisos necesarios para ser comercializada como anticonceptivo oral (ACO). Cinco años luego de su introducción al mercado, era el método más utilizado en ese país y, más adelante, se convertiría en la más vendida de la historia [33]. En contraste con los dispositivos anteriormente descritos, el ACO pasó a formar parte de los métodos científicos modernos de control de la natalidad, al ser producto del desarrollo científico. Dentro de este grupo de anticonceptivos podrían señalarse también el surgimiento del dispositivo intrauterino (DIU) entre los años 1948 y 1960 [20].

Para algunos [36], Estados Unidos comenzaba una revolución que permitiría la liberación de la vida sexual de las mujeres y una escisión con respecto a la maternidad. Desde otra mirada, la pastilla surge como la materialización de un anhelo de la modernidad, caracterizado por el control del cuerpo y de la reproducción [35]. Sobre este punto, se podría pensar que, a más de 60 años de este descubrimiento, aún no existen en el mercado métodos anticonceptivos hormonales para varones, a pesar de que algunas investigaciones han probado la seguridad y eficacia de un potencial ACO masculino [37]. Por ello, se ha considerado a la píldora como un fármaco atravesado por las jerarquías de género. Para Clarke [35], el predominio de las drogas contraceptivas modernas para mujeres ha disciplinado a ambos sexos a delegar las responsabilidades de la contracepción mayoritariamente a las mujeres.

Históricamente, los años sesenta marcaron el inicio de lo que se conoció como “revolución sexual”, en tanto se avizoró un cambio profundo y generalizado en el mundo occidental que llevó a desafiar los códigos establecidos acerca de la moral sexual y las relaciones sexuales. Esta renovada concepción habilitó la posibilidad de discutir temáticas desatendidas, como la noción de *diferencia sexual* entre las personas [38], la desvinculación de la sexualidad de la reproducción y el placer sexual/orgasmo de la mujer. En el plano social, la revuelta sexual y la cultura del *amor libre* abonó el terreno para la eclosión de distintos colectivos marginados y oprimidos hasta el momento, como los afrodescendientes, las mujeres, los gais y las lesbianas, entre otros. Particularmente, la comunidad LGBT tuvo sus inicios formales en la ciudad de Nueva York hacia fines de la década de los sesenta. La marcha convocada luego de los disturbios de Stonewall sostuvo las banderas de la despenalización de la homosexualidad, el matrimonio homosexual y la adopción, entre otras [39].

A finales de los años setenta, empezaron a detectarse casos esporádicos (en países distantes) de una enfermedad desconocida caracterizada por infección por *Cándida albicans*, sarcoma de Kaposi, neumonía por *Pneumocystis carinii*, supresión del sistema inmunitario y, en algunos casos, daños neurológicos. En junio

de 1981, la ciudad de Atlanta informó sobre cinco casos de jóvenes homosexuales que coincidían con el cuadro y rápidamente se esgrimió una teoría popular homófoba sobre su aparición: la promiscuidad e hipersexualidad de los hombres homosexuales. En septiembre de 1982, Bruce Voeller propuso llamar a la nueva enfermedad “síndrome de inmunodeficiencia adquirida” (sida) y en 1986, luego que se consigue la secuenciación del virus, el Comité Internacional de Taxonomía Viral planteó el nombre de “virus de la inmunodeficiencia humana” (VIH) [40].

En lo que hace a la prevención de las ITS, esta nueva pandemia dejó al descubierto las fallas en la educación sexual. A partir de este momento, las asociaciones de lucha contra el sida propusieron campañas de información, prevención y capacitación, orientadas a propiciar la adquisición de comportamientos sexuales de bajo riesgo [41]. En este marco, el preservativo para penes se tomaría un componente esencial en la respuesta al VIH y de las prácticas sexuales protegidas, fortaleciendo la utilización de una tecnología que unifica la prevención doble. Empero, a su vez, abría la imperiosa necesidad de repensar el cuidado de la salud sexual en mujeres y personas no heterosexuales.

Prevención de infecciones de transmisión sexual en personas con vulva*

El condón para penes fue, por un largo período, el único método de prevención de embarazos y de ITS disponible en todo el mundo, lo que otorgó al varón buena parte del control sobre las decisiones acerca del cuidado de la salud sexual [42]. Sin embargo, en abril de 1990, el médico danés Erik Gregersen exhibió un preservativo interno o condón femenino en el Primer Congreso de la Sociedad Europea de Anticoncepción, en París. Dicho invento fue fruto de cuatro años de trabajo junto a su esposa Bente Gregersen y el físico danés Lassy Hesset. En 1993, la FDA aprobó su comercialización bajo el nombre de *Reality Female Condom*. Actualmente, son elaborados con polímero de nitrilo o látex de caucho natural, lo que comporta un menor costo de producción y, por lo tanto, del precio del producto. Esta alternativa puede insertarse en la vagina antes del encuentro sexual, no depende de la erección peneana y puede permanecer en su lugar después de la eyaculación.

En definitiva, estos dispositivos “resultan más resistentes que los preservativos de látex, tienen un potencial de roturas menos frecuentes, mayor conductividad tér-

mica, incrementando la sensibilidad, mayor protección física y comodidad, así como un período de conservación más largo” [42]. A pesar de ello, se han señalado dificultades principalmente relacionadas con el precio de venta (comparado con la píldora anticonceptiva y el condón para penes), la técnica de colocación y, en algunos casos, se ha registrado un ruido molesto al utilizarlo, así como leve irritación vaginal o en el pene [43].

En el año 2012, la Comisión de las Naciones Unidas seleccionó los condones internos como un producto básico de supervivencia. A su vez, el Fondo de Población de las Naciones Unidas señaló que el fortalecimiento de la respuesta al VIH y otras ITS requiere que los sistemas de salud diseñen y pongan a disposición un conjunto de intervenciones cuya eficacia haya sido probada [44]. Actualmente, este producto puede ser adquirido en países como Perú, Ecuador, Colombia y Brasil. Sin embargo, en otros, como Argentina, no es un producto que esté disponible para la venta ni es distribuido por el Estado, pese a que un estudio reciente reveló que el 96 % de las mujeres que lo probaron lo recomiendan y lo incorporarían como política pública [44].

Si bien el preservativo interno es efectivo en el coito vaginal, excluye a un gran número de prácticas que también implican riesgos de transmisión de ITS, como el *annilingus* (boca-ano), el *cunnilingus* (boca-vulva), el *fingering* (dedo-vulva o dedo-ano) o el tribadismo (vulva-vulva) [9]. En este sentido, las personas con vulva se ven más relegadas en cuanto a la prevención de ITS por, al menos, cuatro razones: la primera está relacionada con la vulnerabilidad biológica de personas vulvoportantes, dada la mayor fragilidad del epitelio, amplia zona de exposición a las secreciones sexuales y gran diversidad microbiana en la cavidad vaginal [45]. La segunda se vincula con la vulnerabilidad social que, en muchos casos, se refleja en actitudes violentas y discriminatorias por parte del sistema de salud y sus profesionales, lo que determina un menor acceso de esta población a los servicios de salud [46]. La tercera se relaciona con cierto desconocimiento sobre la prevención de ITS, aun entre profesionales de la salud [47]. La cuarta está asociada a la desventaja de no poseer un dispositivo que haya sido desarrollado para las prácticas no coitales y con probada efectividad [48].

Una de las primeras opciones surgió cuando varones homosexuales comenzaron a utilizar barreras de látex con fines preventivos al inicio de la pandemia del VIH. Motivados por este antecedente, un grupo de lesbianas pidieron, al gerente de una empresa australiana de condones, productos de salud sexual para ellas. A raíz de esto, Clive Woodworth inventó el dique dental moderno en 1993 [49]. En la actualidad, en algunos países, pero no en Argentina, los campos de látex se comercializan específicamente para fines sexuales. Sin embargo, investigaciones llevadas a cabo en Australia [50], Reino

* Lo que incluye mujeres cisgénero, varones transgénero, mujeres transexuales, algunas personas intersexuales, o cualquier otra persona con vulva que no se identifique totalmente con alguna de las categorías de varón o mujer (personas no binarias, demigénero, género fluido o tercer sexo), independientemente de su preferencia sexual.

Unido [51], España [9] y Estados Unidos [52] reportaron que muy pocas mujeres conocen sobre diques dentales y una menor cantidad hacen uso de ellos. Además, existe una baja percepción de riesgos a adquirir una ITS [50].

Fuera de esta opción, la literatura específica sugiere la utilización de campos de látex generados a partir de la realización de un corte longitudinal a un preservativo para penes, el uso de materiales de uso odontológico conocidos como “diques dentales” o la aplicación de papel film [9]. Sin embargo, cualquiera de estas opciones presenta soluciones parciales desde el momento en que las características de los materiales (tamaños que no cubren la totalidad de la zona vulvar/anal) y las formas de utilización (sosteniéndolos con ambas manos mientras se mantienen relaciones sexuales) son inadecuadas [53].

Un estudio reciente, que incluyó la vigilancia tecnológica de patentes para la invención de este tipo de dispositivos, reveló la existencia de tres prototipos que aún no se encuentran comercializados y probados: condón con tiras, condón soluble y condón en forma de braga [54]. Por su parte, a finales de 2021, se presentó un condón adhesivo unisex denominado Wondaleaf®. Sin embargo, hasta ahora solo se han presentado estudios orientados a valorar su aceptabilidad y funcionalidad en mujeres heterosexuales, pero ninguna investigación señala su efectividad a la hora de prevenir las ITS en relaciones sexuales entre personas con vulva [55].

Reflexión final

Tanto el control de la natalidad como la prevención de las ITS han sido las grandes preocupaciones de la humanidad en torno al ejercicio de la sexualidad. Si bien las condiciones iniciales de los seres humanos no requirieron el desarrollo de métodos anticonceptivos, la necesidad de interactuar sexualmente para el sostenimiento de la especie (apareamiento, inversión parental y cooperación social) dio lugar al florecimiento de respuestas emocionales de desagrado frente a estímulos que señalan posibles fuentes de infecciones.

A partir de la Antigüedad, la situación fue modificándose paulatinamente. En lo que respecta al surgimiento de los diferentes métodos de prevención de embarazos o de ITS, es posible inferir que detrás de las condiciones materiales que dieron lugar a su desarrollo se encuentran, al menos, dos aspectos comunes: la modificación de un orden social que dejó entrever una demanda con respecto al control de la natalidad, por un lado, y el avance científico-tecnológico que permitió la satisfacción de la misma, por el otro. De esta manera, las estrategias contraceptivas se forjaron en torno a las primeras sociedades agrícolas que comenzaron a necesitar del control demográfico y al descubrimiento del rol del semen. Posteriormente, el acervo de métodos se fue ex-

pandiendo conforme incrementaba la tasa de natalidad en los pueblos de la Antigüedad.

Un análisis de estas estrategias anticonceptivas deja a la vista un desbalance en cuanto a la orientación y el uso de las mismas. Si bien el método más utilizado probablemente haya sido el coito interrumpido, es uno de los pocos, sino el único, que estaba pensado para el varón. El resto de las técnicas corporales o dispositivos contraceptivos de aquella época fueron desarrollados para mujeres. Este mismo sesgo puede advertirse en relación con las consecuencias de la utilización de los mismos. Desde la teoría de la inversión parental, esto podría explicarse en tanto que la hembra tiene un mayor costo ante un embarazo no deseado [56]. Sin embargo, también podría entenderse como una expresión del rol histórico de género que han tenido las mujeres, más fuertemente vinculadas a conductas relacionadas con la crianza y el cuidado.

En cuanto al desarrollo de las estrategias de prevención de ITS, las pandemias virales que marcaron a la humanidad entre los siglos XV y XIX, como la peste bubónica, la sífilis y la gonorrea demandaron soluciones más efectivas que las propuestas higienistas o religiosas. Esto fue acompañado por una serie de descubrimientos relativos a las enfermedades contagiosas y a los agentes que las provocan. Por ese entonces, la solución preventiva fue proteger al pene. Con posterioridad, los avances científicos ya adquiridos a principios del siglo XX (vulcanización del caucho, diferenciación nosológica de las infecciones, etc.), junto a una serie de eventos sociales (guerras, pandemia VIH/sida), permitieron posicionar al preservativo para penes como la principal alternativa posible para la prevención de las ITS.

Desde su descubrimiento, hubo que esperar más de cuatro siglos para la aparición de un dispositivo análogo para vulvas. Detrás de esta invención podrían considerarse sucesos como la liberación sexual de la mujer y la demanda de autonomía en el plano preventivo, aunque inicialmente fuera pensado para mujeres en riesgo [46]. Sin embargo, a pesar de los beneficios que podría brindar este tipo de métodos de prevención [42], su aceptación se ve afectada directamente por el bajo grado de conocimiento de las posibles personas usuarias y la nula disponibilidad/accesibilidad en algunos lugares del mundo [53].

El plano de las relaciones sexuales entre personas con vulva es aún más complejo, en tanto no se dispone de un dispositivo apto para su cuidado, que haya sido desarrollado para este fin [48]. Como sucedió con otras tecnologías, la demanda se materializó luego de un suceso de relevancia sociosanitaria como fue la pandemia del VIH. Sin embargo, las respuestas esbozadas hasta el momento no han sido satisfactorias, aun cuando los organismos internacionales (como el United Nations Fund for Population Activities —UNFPA—, el Joint United Nations Programme on HIV/AIDS —UNAIDS— y las Na-

ciones Unidas) han señalado la necesidad de incorporar diversas metodologías de prevención de eficacia demostrada en la lucha frente a las ITS [44,57].

A pesar de estos avances, en la actualidad estas problemáticas siguen estando más vigentes que nunca. Se estima que cerca de la mitad de los embarazos a nivel mundial no son intencionales, y en América Latina y el Caribe, el 15 % ocurren en menores de 20 años, lo que incrementa los riesgos tanto para las personas gestantes como para los recién nacidos [58]. Por su parte, cuatro ITS curables (sífilis, gonorrea, clamidia y tricomoniasis) provocan más de un millón de nuevas infecciones diarias, mientras que 1,5 millones de personas contraen VIH cada año [59]. Según la OMS, las ITS que “no se tratan pueden provocar resultados irreversibles y potencialmente mortales a largo plazo, como dolor pélvico crónico, cánceres, embarazos ectópicos, infertilidad, desenlaces adversos del embarazo, muerte neonatal y anomalías congénitas” [59].

Esta situación ha llevado a los principales organismos internacionales (OMS, UNAIDS, la Organización Panamericana de la Salud) a proponer estrategias mundiales para el sector de la salud [6,57,58]. En este marco, resulta prioritario crear programas de promoción que incluyan de manera positiva tanto el cuidado de la salud sexual como el placer sexual y la procreación, estableciendo una clara diferenciación entre estos últimos. A su vez, es indispensable el diseño de políticas públicas destinadas a disminuir la brecha del acceso a la información y a los sistemas de salud para los distintos grupos poblacionales [15]. Para ello, se debe repensar la formación de los profesionales de la salud en relación con estas temáticas y el abordaje de la atención integral de la salud [9]. También es necesario que se contemple la distribución gratuita de distintos métodos de prevención disponibles, para cubrir las necesidades de todas las personas y las diferentes prácticas sexuales (como el *annilingus*, el *cunnilingus*, el *fingering* o el tribadismo) que aún no están cubiertas. Sumado a ello, resulta imprescindible profundizar el estudio de métodos contraceptivos hormonales para varones, así como desarrollar y evaluar la efectividad y la aceptabilidad de nuevos métodos de prevención de barrera, para garantizar el acceso equitativo a los colectivos más relegados.

En conjunto, estas recomendaciones podrían ser de gran aporte para el abordaje de los embarazos no intencionales y de las ITS, dado que permitirían disminuir las cifras asociadas a cada uno de estos dos aspectos como primer paso para luego avanzar en su control. Esto podría disminuir los costos de las atenciones en el sistema de salud, así como marcar un decremento en la morbilidad y la mortalidad asociadas a estas problemáticas [8].

Fuente de financiación

-Universidad Abierta Interamericana. Convocatoria a Proyectos subsidiados 2020 CAECIHS.

-Provincia de Santa Fe. Ministerio de Producción, Ciencia y Tecnología. Convocatoria a Proyectos de Ciencia y Tecnología con perspectiva de género. Código CYTG-09-2020

Conflicto de interés

Los autores del presente manuscrito manifiestan no tener conflicto de interés.

Responsabilidad de autoría

El manuscrito es producto original del trabajo de los autores. El mismo no han sido previamente publicado ni se encuentra siendo considerado para su publicación en otra revista.

Declaración de contribución por autores

Ambos autores participaron en la concepción o diseño del artículo o a la adquisición, análisis o interpretación de los datos, en el diseño del trabajo de investigación o en la revisión crítica de su contenido intelectual, en la aprobación de la versión final que vaya a ser publicada y en la capacidad de respuesta a todos los aspectos del artículo

Referencias

1. Martin RD. The evolution of human reproduction: A primatological perspective. *Am J Phys Anthropol.* 2007; 134(45):59-84. DOI: <https://doi.org/10.1002/ajpa.20734>
2. Rooker K, Gavrilets S. On the evolution of sexual receptivity in female primates. *Sci Rep.* 2020;10(1):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-68338-y>
3. Buss D, Duntley JD. The evolution of intimate partner violence. *Aggress Violent Behav.* 2011;16(5):411-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.04.015>
4. Tooby J, Cosmides, L. The past explains the present: Emotional adaptations and the structure of ancestral environments. *Ethology and Sociobiology.* 1990;11(4-5):375-424. DOI: [https://doi.org/10.1016/0162-3095\(90\)90017-Z](https://doi.org/10.1016/0162-3095(90)90017-Z)
5. Kurzban R, Leary MR. Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion. *Psychol Bull.* 2001;127(2):187-208. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.2.187>
6. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Prevailing against pandemics by putting people at the centre — World AIDS Day report 2020 [internet]; 2020, nov. 26 [citado 2023 mar. 15]. Disponible en: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/prevailing-against-pandemics>

7. Lezcano-Cárdenas D. La salud sexual y reproductiva: un reto para la academia. *Rev Col Enf.* 2019;18(1):1-4. doi: <https://doi.org/10.18270/rce.v18i1.2585>
8. Reyes-Ureña J. Epidemiología y vigilancia de las enfermedades de transmisión sexual y el virus de la inmunodeficiencia humana. Catalunya: Universidad Oberta de Catalunya; 2018.
9. Gil-Llario MD, Morell-Mengual V, García-Barba M, et al. HIV and STI prevention among Spanish women who have sex with women: Factors associated with dental dam and condom use. *AIDS Behav.* 2023; 27(1):161-70. doi: <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03752-z>
10. Obón-Azuara B, Vergara-Maldonado C, Gutiérrez-Cía I, et al. Gaps in sexual health research about women who have sex with women. A scoping review. *Gac Sanit.* 2022;36(5):439-45. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.01.008>
11. Romero Saldaña M. La transición demográfica en la Revolución Neolítica. *Revista Enfermería del Trabajo* [internet]. 2014 [citado 2023 may. 2]; 4(4):157-9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5213008>
12. Hernando Gonzalo A. El proceso de neolitización, perspectivas teóricas para el estudio del Neolítico. *Zephyrus* [internet]. 1994 [citado 2023 may. 8]; 46:123-42. Disponible en: <https://revistas.usal.es/uno/index.php/0514-7336/article/view/4943>
13. Balleascà JL, Vázquez-Levin M, Castillo J, et al. El espermatozoide: “Un breve recorrido entre el mito y la historia del ayer..., a la ciencia de hoy...”. *Rev. Iberoam. Fert Rep Hum.* [internet]. 2019 [citado 2023 may. 8]; 36(2):3-7. Disponible en: <http://www.revistafertilidad.org/rif-articles/-el-espermatozoide--ldquo-un-breve-recorrido-entre-el-mito-y-la-historia-del-ayer--a-la-ciencia-de-hoy-rdquo-/292>
14. Metwaly AM, Ghoneim MM, Eissa IH, et al. Traditional ancient Egyptian medicine: A review. *Saudi J Biol Sci.* 2021;28(10):5823-32. doi: <https://doi.org/10.1016%2Fj.sjbs.2021.06.044>
15. Martos A. Breve historia del condón y de los métodos anticonceptivos. Madrid: Ediciones Nowtilus; 2010.
16. Biblia Reina Valera. Génesis, 38: 9 [internet]; 1960 [citado 2023 mar. 13]. Disponible en: <https://www.biblia.es/biblia-online.php>
17. Bullough V, Bullough B. Contraception: A guide to birth control methods. New York: Prometheus Books; 1990.
18. Freundl G, Sivin I, Batár I. State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception: IV. Natural family planning. *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care.* 2010;15(2):113-23. doi: <https://doi.org/10.3109/13625180903545302>
19. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [internet]. 2013 [citado 2023 ene. 18]; 38(1):134-45. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100015
20. Lugones Botell M, Quintana Riverón TY. Orígenes de la anticoncepción. *Rev Cubana Med Gen Integr.* [internet]. 1996 [citado 2023 may. 8]; 12(4):399-402. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251996000400012
21. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. Human sexuality. New York: HarperCollins College Publishers; 1995.
22. Chinawa JM, Obu HA, Uwaezuoke SN. Foreign body in vagina: An uncommon cause of vaginitis in children. *Ann. Med. Health Sci.* [internet]. 2013 [citado 2023 mar. 8]; 3(1):102-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3634203/>
23. Aguiar García A, Almelo Hernández LC, Lazo Herrera LA, et al. Historia del condón y otros métodos anticonceptivos. *Rev. Med. Electrón.* [internet]. 2019 [citado 2023 may. 2]; 41(2):588-97. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000200588
24. Clavero Nuñez JA. Historia evolutiva de la anticoncepción. *Real Academia Nacional de Medicina de España.* 2018;135(1):56-59. doi: <http://dx.doi.org/10.32440/ar.2018.135.01.rev09>
25. Cottrell BH. An updated review of of evidence to discourage douching. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2010;35(2):102-7. doi: <https://doi.org/10.1097/nmc.0b013e3181cae9da>
26. Méndez M. Las mujeres en la Grecia antigua. El uso de la vestimenta como medio de poder femenino. En: *Actas de la XVI Jornadas Interescuelas.* Mar del Plata: Departamento de Historia, Facultad Humanidades, Universidad Nacional de Mar del Plata [internet]; 2017 [citado 2023 may. 8]. Disponible en: <https://www.academica.org/000-019/39>
27. González Palacios H. La virginidad femenina en la Grecia antigua: una mirada desde el parentesco. *Antropología Experimental.* 2020;(20): 237-248. doi: <https://doi.org/10.17561/rae.v20.17>
28. Rodríguez Jiménez MJ, Curell Aguilá N. El ciclo menstrual y sus alteraciones. *Pediatría Integral* [internet]. 2017 [citado 2023 ene. 20]; 21(5):304-11. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-07/el-ciclo-menstrual-y-sus-alteraciones/>
29. Biblia Reina Valera. Levítico, 15 [internet]; 1960 [citado 2023 feb. 8]. Disponible en: <https://www.biblia.es/biblia-online.php>
30. Ledermann W. Notas para una historia de la higiene tomadas de la Biblia. *Rev Chilena Infectol.* 2016;33(4):457-61. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182016000400012>
31. Gruber F, Lipozencić J, Kehler T. History of venereal diseases from antiquity to the renaissance. *Acta Dermatovenerol Croat* [internet]. 2015 [citado 2023 mar. 30]; 23(1):1-11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25969906/>
32. Goberna Tricas J. La enfermedad a lo largo de la historia: un punto de mira entre la biología y la simbología. *Index Enferm* [internet]. 2004 [citado 2023 may. 8]; 13(47):49-53. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300011
33. Cuevas Barberoussé T. Tecnologías contraceptivas y feminidad: La pastilla como un *script* de género. *Rev. Reflexiones* [internet]. 2014 [citado 2023 ene. 20]; 93(2):115-27. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/reflexiones/v93n2/a09v93n2.pdf>
34. Cline Appler A. Put a helmet on your privates because they're going to see some action: The history of condoms in the military. *Hektoen Int.* [internet]. 2016 [citado 2023 feb. 18]; 8(4). Disponible en: <https://hekint.org/2017/01/22/put-a-helmet-on-your-privates-because-theyre-going-to-see-some-action-the-history-of-condoms-in-the-military/>
35. Clarke AE. Disciplining reproduction: Modernity, American life sciences, and the problems of sex. Berkeley: University of California Press; 1998.
36. Galán G. 50 años de la píldora anticonceptiva. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2010;75(4):217-20. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000400001>
37. Pinto T. Una nueva píldora anticonceptiva masculina supera los tests de seguridad. *Eldiario.es* [internet]. 2019, mar. 25 [citado 2023 may. 8]. Disponible en: https://www.eldiario.es/sociedad/anticonceptivos-pildora_masculinaciencia_0_881562402.html
38. Miguel Álvarez A de. La revolución sexual de los sesenta: una reflexión crítica de su deriva patriarcal. *Investigaciones Feministas* [internet]. 2015 [citado 2023 feb. 28]; (6): 20-38. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5278204>

39. Lynn Eaklor V. *Queer America: A GLBT history of the 20th century*. Westport: ABC-CLIO; 2008.
40. Plitnik TE. Reverse transcriptase and the inability of SAMHD1 to fully restrict macrophage infection by HIV-1 [tesis doctoral]. [Miami]: University of Miami [internet]; 2019 [citado 2023 ene. 8]. Disponible en: <https://www.proquest.com/openview/edcfbc8ce3aa54ff62cb0aa4289c8a57/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
41. Balarezo López G. Algunos aspectos de la historia social del sida en los inicios de la epidemia. Desde el Sur [internet]. 2012 [citado 2023 feb. 2]; 4(1):91-107. Disponible en: <https://www.sidastudi.org/resources/inmagic-imag/DD19818.pdf>
42. Lameiras-Fernández M, Carrera-Fernández MV, Faílde-Garrido JM, et al. Promocionando el uso del preservativo femenino: un estudio cualitativo en parejas heterosexuales españolas. *Int J Clin Health Psychol*. [internet]. 2010 [citado 2023 may. 3]; 10(2):309-26. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33712250007>
43. Argentina, Ministerio de Salud. *Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud* [internet]; 2014, ago. [citado 2023 may. 8]. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/metodos_anticonceptivos.pdf
44. United Nations Fund for Population Activities (UNFPA). *Aceptabilidad del preservativo femenino/vaginal en mujeres adolescentes y jóvenes del área metropolitana de Buenos Aires*. Buenos Aires: ONUSIDA, Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; 2021.
45. McClelland RS, Lingappa JR, Srinivasan S, et al. Evaluation of the association between the concentrations of key vaginal bacteria and the increased risk of HIV acquisition in African women from five cohorts: A nested case-control study. *Lancet Infect Dis*. 2018;18(5):554-64. DOI: [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(18\)30058-6](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(18)30058-6)
46. Munson S, Cook C. Lesbian and bisexual women's sexual healthcare experiences. *J Clin Nurs*. 2016;25(23-24): 3497-510. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.13364>
47. Rufino AC, Madeiro A, Trinidad AS, et al. Disclosure of sexual orientation among women who have sex with women during gynecological care: a qualitative study in Brazil. *J Sex Med*. 2018;15(7):966-73. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.04.648>
48. Muzny CA, Harbison HS, Pembleton ES, et al. Misperceptions regarding protective barrier method use for safer sex among African-American women who have sex with women. *Sex Health*. 2013;10(2):138-41. DOI: <https://doi.org/10.1071/sh12106>
49. Elizabeth A. Nobody uses dental dams. So why do they still exist? An object lesson. *The Atlantic* [internet]. 2019 abr. 21 [citado 2023 ene. 30]. Disponible en: <https://www.theatlantic.com/health/archive/2019/04/dental-dams-are-more-symbolic-practical/587539/>
50. Richters J, Clayton S. The practical and symbolic purpose of dental dams in lesbian safer sex promotion. *Sex Health*. 2010;7(2):103-6. DOI: <https://doi.org/10.1071/sh09073>
51. Bailey JV, Farquhar C, et al. Sexual behaviour of lesbians and bisexual women. *Sex Transm Infect*. 2013;79(2):147-50. DOI: <https://doi.org/10.1136%2Fsti.79.2.147>
52. Stevens PR, Hall JM. Emotional and social contingencies affecting HIV risk reduction among lesbians and bisexual women. *J Gay Lesbian Med Assoc*. 1997; 1(1): 5-14. DOI: <https://doi.org/10.1023/B:JOLA.0000007007.38065.81>
53. Wikramanayake RM, Paschen-Wolff MM, Matebeni Z, et al. Southern African lesbian and bisexual women responses to symptoms of sexually transmitted infections. *Arch Sex Behav*. 2020;49(6):1887-902. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01581-1>
54. Sánchez R, Sucar Grau J. *Oportunidad de innovación con compromiso social. Dispositivo para vulvas contra ITS* [tesis de grado]. [Mar del Plata (Argentina)]: Facultad de Ingeniería, Universidad Nacional de Mar del Plata [internet]; 2020 [citado 2023 may. 8]. Disponible en: <http://rinfi.fi.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/490>
55. Wiyeh AB, Mome RK, Mahasha PW, et al. Effectiveness of the female condom in preventing HIV and sexually transmitted infections: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1-17. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8384-7>
56. Aguirre-Dávila E. Inversión parental: una lectura desde la psicología evolucionista. *Rev. Latinoam. Cienc. Soc. Niñez Juv*. [internet]. 2011 [citado 2023 ene. 8]; 9(2):523-34. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2011000200003
57. Naciones Unidas. Asamblea General. Declaración política sobre el VIH y el sida: acabar con las desigualdades y estar en condiciones de poner fin al sida para 2030 [internet]; 2021, jun. 8 [citado 2023 feb. 18]. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N21/145/34/PDF/N2114534.pdf?OpenElement>
58. United Nations Fund for Population Activities (UNFPA). *Visibilizar lo invisible. La necesidad de actuar para poner fin a la crisis desatendida de los embarazos no intencionales*. New York: UNFPA; 2022.
59. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030*. Ginebra: OMS. 2022.