

La evaluación de riesgo en la anticoncepción hormonal regular femenina: esbozo de paradigmas.

Ángeles Alpe.

Cita:

Ángeles Alpe (2019). *La evaluación de riesgo en la anticoncepción hormonal regular femenina: esbozo de paradigmas. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-023/505>

XIII Jornadas de Sociología (UBA)

Eje 5: Estado y políticas públicas.

Mesa 87: Estado y sociedad: (Des) regulaciones y políticas sexuales y (no) reproductivas.

La evaluación de riesgo en la anticoncepción hormonal regular femenina: esbozo de paradigmas.

Ángeles Alpe

alpecaselli@gmail.com

Doctorado en Sociología – IDAES/UNSAM

Resumen

La siguiente presentación se centra en la medicalización con anticonceptivos hormonales orales regulares femeninos y las consideraciones circundantes por parte de sus consumidoras y prescriptores acerca de sus potenciales efectos secundarios. En este sentido, los procesos de evaluación de riesgo (o *risk assessment*) se vuelven una dimensión clave a estudiar –entendiendo el riesgo no solo como un dato objetivo sino, y sobre todo, como resultado del cruce de factores socioculturales y políticos. En la presente ponencia, proponemos repasar cómo se configuraron y feminizaron ciertos paradigmas de la salud sexual y reproductiva, y el impacto que ello tuvo en los procesos de evaluación de riesgo que trajeron aparejada. Para ello, partimos a su vez de un amplio contexto bibliográfico que ha problematizado la “píldora” como “reproductor” de divisiones de género preestablecidas antes que como “regulador de la reproducción” y en tanto que sostén de estereotipos contra los que, en teoría, debía actuar en pos de la liberación femenina.

Palabras clave: anticoncepción hormonal femenina – género – evaluación de riesgo.

Introducción

Nuestras investigaciones en curso se centran en la medicalización con anticonceptivos hormonales orales regulares femeninos (en adelante AHORF), la más comúnmente llamada “píldora”, y los discursos circundantes al respecto por parte de las usuarias, profesionales, agencias de la salud y compañías farmacéuticas. Concretamente, este trabajo busca abordar los posibles efectos secundarios de las pastillas anticonceptivas y los procesos de evaluación de riesgo de este medicamento (*risk assessment*).

Para ello, queremos recuperar la hipótesis, ya trabajada por la literatura sociológica local e internacional, que sugiere que los estereotipos de género que informan el ámbito de la anticoncepción hormonal han tendido a reproducir asimetrías y desigualdades sociales y culturales y, como consecuencia, son parte de la “feminización” de la salud sexual y reproductiva. Numerosos trabajos sólidamente documentados han puesto de manifiesto la parcialidad de las disciplinas (bio) médicas y notablemente del tratamiento de las hormonas “sexuales”.

Uno de los puntos de partida de nuestra investigación es la constatación de un extendido “malestar” social entre numerosas consumidoras de AHORF que se ha expresado a través de varios canales. En efecto, en las últimas décadas, tanto en las ciencias sociales como en los medios de comunicación y las redes sociales¹ se percibe una inquietud acerca de la “pastilla”, y se ha consolidado ya un sólido debate a propósito de sus roles históricos y vigentes: por una parte, como agente de liberalización de las mujeres y garante de su autonomía sexual y reproductiva y, por otra, como perpetuador de los de los estereotipos y las desigualdades de género que teóricamente venía a paliar. Esto último, entre otras consecuencias, incluiría la de situar el problema de los potenciales efectos negativos de la AHORF como una consecuencia menor, tangencial y “propia” de las mujeres. Es en ese cruce complejo donde el concepto de evaluación de riesgo se vuelve una clave analítica muy fructífera.

“La mala suerte de la estadística”²

La evaluación de riesgo, en sentido amplio, forma parte de muchas disciplinas –tanto se la oye en la economía. En el caso que nos ocupa, nos referimos más bien a la ponderación de los riesgos y beneficios que un determinado producto, medicamento o tratamiento pueden significar para sus usuarios. En este plano, como veremos, el “riesgo” no se trata de un dato objetivo, en bruto, que hay que hallar, sino que es un constructo que nace del saber científico y del cruce de factores sociales, culturales, económicos, políticos.

¹ Nos basamos no solo en investigaciones científicas sino también en un relevamiento inicial de *posts* en redes sociales, así como en las primeras entrevistas realizadas a consumidoras de AHORF en edad fértil en el marco de nuestro proyecto doctoral.

² Expresión dirigida por un ginecólogo a una de nuestras entrevistadas, luego de verse afectada a los 25 años de edad por una trombosis venosa profunda, que su hematóloga vinculó posteriormente al consumo de tres meses de AHORF.

Las construcciones retóricas del orden social ayudan a constituir el *riesgo*, la *confianza* y el *conocimiento*; conocimiento que a su vez va dando forma al orden social (Shapin 1994), y cada disciplina o área del saber establece sobre su “fundación epistemológica” el tipo de definición de riesgo que toma (Zinn, 2008). Así, las perspectivas “objetivas” o “realistas” conciben el riesgo como una serie de indicadores creados por fuera de la subjetividad, capaces de ser medidos de manera estadística o matemática (en áreas como la epidemiología, la toxicología o la ingeniería), mientras que otras posturas incluyen la posibilidad de influencia de *sesgos* (*subjectively biased*), lo que implica aceptar que la noción de riesgo que cada comunidad maneja puede ser condicionada por factores externos al modelo inicial (por ejemplo, en un análisis sobre evolución económica) y, por tanto, depender a su vez de pautas culturales. La problemática gravita, evidentemente, en torno a que la idea de *riesgo* puede ser socialmente construida independientemente de “su existencia objetiva” (Zinn: 4) y, además, determinada por la organización institucional del grupo que la maneja (Zinn: 6).

Un artículo de *El País* de España titulaba este pasado febrero “¿Por qué las *millennials* están dejando de tomar la píldora anticonceptiva?”³. Según los especialistas entrevistados, el descenso del porcentaje de mujeres que escogen la píldora anticonceptiva podría marcar un cambio generacional. Para explicarlo, la nota trae a colación, entre otras, razones como la progresiva incomodidad de muchas consumidoras respecto a los efectos secundarios considerados “típicos” de la píldora desde su comercialización (incremento de peso, migrañas, náuseas, depresión o pérdida de la libido). Estos aspectos, que hace décadas quizá se consideraban menores o irrelevantes en comparación a los riesgos de un embarazo no deseado, parecen hoy en día estar cambiando de estatus dentro de la concepción de calidad de vida de muchas mujeres. Junto con estas percepciones, se mencionaba también la puesta en tela de juicio de la píldora prescrita fuera de su uso como anticonceptivo, es decir, para el tratamiento de síndromes diversos, como el de ovario poliquístico, o de afecciones como el acné. Este tipo de prácticas, que ejemplifican la paulatina medicalización (Foucault, 1977; Conrad, 2007) de la AHORF, habría terminado por expandir el uso de las hormonas, a veces de manera “arbitraria”, sin que medien otros estudios o se consideren tratamientos alternativos (Roux, Ventola y Bajos, 2017).

Ahora bien, este “malestar” tiene sus antecedentes claros en varios episodios que impactaron en la esfera pública (cuanto menos en Europa y Norteamérica), entre los cuales apuntamos: la controversia en Francia entre 2012 y 2013 a raíz de la denuncia de una joven que sufrió un derrame

³ “¿Por qué las *millennials* están dejando de tomar la píldora anticonceptiva?”, *El País*, Madrid, 25/2/2019: <https://smoda.elpais.com/belleza/millennials-dejando-de-tomar-pildora-anticonceptiva/>

cerebral luego de tres meses de consumo de la píldora de tercera generación *Méliane* de Bayer⁴ y la suspensión de *Diane 35* a causa de 127 trombosis y 4 muertes de jóvenes que l'Agence du Médicament vinculó a su consumo; la relación de 23 muertes de mujeres en Canadá –varias de ellas adolescentes– con el consumo de los anticonceptivos *Yaz* y *Yasmin*⁵ a partir del informe de *Health Canada* de 2013; la denuncia contra Bayer, por embolia pulmonar asociada al consumo de *Yasminelle* en Alemania a finales de 2015, demanda que se sumaba a otras muchas cursadas en USA, donde Bayer ya había pagado, según la BBC, alrededor de 1,9 millones de dólares por daños y perjuicios⁶. Todos estos casos dieron pie a demandas judiciales alegando que las consumidoras no habían sido adecuadamente asesoradas sobre el nivel de riesgos de coágulos sanguíneos, que superaban, en estos productos de tercera y cuarta generación, a otros anticonceptivos hormonales regulares.⁷

A partir de estas consideraciones, se desprenden para nuestras investigaciones en curso –y no solo para la presente ponencia– varias preguntas que pueden servir como disparadores para encauzar una discusión que aquí solo desarrollamos en algunos de sus aspectos: ¿qué actores –y desde qué lugares, científicos y legos– son los que determinan los potenciales efectos negativos de estos productos farmacéuticos sobre la salud de las consumidoras?, ¿cómo se inscribe ese proceso dentro de los paradigmas de salud sexual y reproductiva vigentes? En esta misma línea, ¿hasta qué punto los prejuicios de género focalizados en el rol o “condición” de mujer en la sociedad han ido incidiendo en los criterios de asignación de riesgo? Vale la pena sumar otra pregunta, que entra directamente en el caso de Argentina y de América Latina en general, en contraste con los estados “centrales” o “desarrollados”: ¿por qué en algunos países los efectos secundarios negativos de la AHORF han adquirido visos de “problemas públicos” (Gusfield, 1981) mientras que en otros permanecen en un área gris y difusa?

Es importante traer el tema a las discusiones locales. Aquel puede sumarse, por ejemplo, a aspectos clave que ya han sido repetidas veces objeto de esta literatura: por ejemplo, la autonomía de las mujeres frente a la institución médica y en la relación médico-paciente. Aquí emerge el

⁴ El uso de anticonceptivos orales disminuyó, pasando del 50% en 2010 al 41% en 2013 (Bajos, 2014).

⁵ Varios informes periodísticos dieron cuenta de esa crisis: “Yaz, Yazmin birth control pills suspected in 23 deaths”, *CBS News*, 11/6/2013: En este reportaje se puede acceder a los documentos oficiales de *Health Canada* en el que se informa de las muertes constatadas, así como otras situaciones (hospitalización, tratamientos y casos en los que hubo “amenaza de vida”): “Canada Vigilance Summary of Reported Adverse Reactions” <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/yaz-yasmin-birth-control-pills-suspected-in-23-deaths-1.1302473>

⁶ “Bayer sued in Germany over contraceptive pill risks”, *BBC News*, 17/12/2015. Versión online: <https://www.bbc.com/news/world-europe-35120035>.

⁷ El número de generación en los anticonceptivos hormonales hace referencia a las diferentes sintetizaciones de análogos de estrógenos y progestágenos (las dos hormonas presentes en las pastillas combinadas de uso más difundido); refiriendo normalmente a un mayor alejamiento de lo que son las hormonas “naturales” cuanto más alta es la generación. Las de tercera y cuarta, en particular, se lanzaron al mercado con la principal insignia de que no producían aumento de peso ni retención de líquidos.

consultorio ginecológico como espacio de poder, elemento que nos lleva a explorar en clave histórica los “espacios de maniobrabilidad” (Haney, 2002) que se han ido constituyendo en ese ámbito, centrándonos en las experiencias y trayectorias ginecológicas de las consumidoras (Brown, Gattoni, Pecheny y Tamburrino, 2013; Brown 2009, 2007).⁸

Asimismo, vale la pena repensar la “vulnerabilidad programática” (Amuchástegui et al., 2018) a la que están condicionadas miles de mujeres en este país, que se traduce en la escasa o nula capacidad económica y de acceso a la información ginecológica o a los métodos anticonceptivos —o al sistema de salud en su conjunto—, o en la clandestinidad del aborto, aspectos medulares que promueven el uso extensivo de la píldora como una solución para evitar embarazos no deseados o las consecuencias de un aborto clandestino. Situaciones similares pueden aplicarse a muchos países “no desarrollados”⁹. De ahí que facilitar y ampliar el acceso a la AHORF (y a los MAC en general) sigue siendo en muchos de ellos el objetivo prioritario de las políticas públicas de salud sexual y reproductiva. No obstante, creemos que esta situación no puede ir en detrimento, en primer lugar, de una correcta evaluación de los riesgos potenciales que la AHORF puede tener sobre la salud de las consumidoras ni, en segundo lugar, de su prescripción y seguimientos personalizados en la clínica ginecológica. Finalmente, la lucha por la efectividad de los derechos no reproductivos (Brown, 2009) no tendría por qué conllevar la invisibilización de asimetrías de género que operan dentro de los saberes (bio) médicos, y que han tendido a consolidar la idea de la “pastilla” como “cosa de mujeres”. Ambas problemáticas deben ir en la misma dirección. Resulta pertinente, por lo tanto, recuperar y revisar por un lado el papel que la AHORF supuso y supone para la liberalización de la mujer en toda una serie de dinámicas y, por otro, ponderar hasta qué punto reprodujo, bajo otro discurso, los mismos estereotipos contra los que se publicitó, como señala Ventola (2014) y ejemplifica Tarzibachi (2017) a propósito de los productos de “cuidado femenino”. Después de todo, no es un aspecto menor que las mujeres jóvenes de la actualidad, que desarrollaron su sexualidad fuera de la retórica “revolucionaria” que acompañó la comercialización masiva de la AHORF a partir de la década de 1960, revelen otras agendas, intereses e ideas sobre sus cuerpos y derechos (Desjeux, 2008).

Paradigmas de salud reproductiva o paradigmas de riesgo

Es una evidencia ampliamente fundamentada por la literatura sociológica que las ciencias biológicas y médicas se han visto marcadas por estereotipos de género —entre otros factores

⁸ Para casos franceses, Yaëlle Amsellem-Mainguy subrayó los mecanismos de presión —del personal médico y de grupos de sociabilidad— que con una retórica unanimita vuelven *necesario* el consumo de AHORF y manifiestan reticencia de los prescriptores/ginecólogos a tomar en cuenta aquellos efectos secundarios considerados por las propias consumidoras como intolerables (106-107).

⁹ Cfr. “Les relations entre les professionnels de la santé et les jeunes filles au Burkina Faso. Stigmatisation, normes et contrôle social”, de Bouma Fernand Bationo.

culturales, sociales, políticos, económicos– y, favorecidas por unas estrategias y rasgos lingüísticos particulares, se consolidaron, todo lo contrario, como un saber y un discurso neutros (Rouzaud-Cornabas, 2015; Roux, Ventola y Bajos, 2017; Oudshoorn, 1994, entre muchos otros). Hipótesis que, además, a la luz de los cambios de las mentalidades sobre identidades y derechos sexuales a los que asistimos en la escena pública de nuestro país y de América Latina, se hace necesario trabajar. Las hormonas siguen un camino inseparable de las concepciones de género. Lejos de concebirse como compartidas por hombres y mujeres, la preponderancia de unas u otras vino a incorporarse al binomio preexistente de las concepciones entre cuerpo de hombre y cuerpo de mujer (Grosz, 1994). Anne Fausto-Sterling ha detallado cómo los especialistas de las ciencias duras empezaron a verse también como influyentes en los procesos sociales –en temas como la homosexualidad, la prostitución y, marcadamente, el control de la natalidad (210). De manera análoga, demuestra que el aislamiento y tratamiento de dichas “hormonas sexuales” fueron promovidos por toda una serie de intereses personales, ideológicos, institucionales, científicos, financieros y políticos que se mezclaron de forma compleja.¹⁰ Vale decir, durante la “Fiebre del Oro de la Endocrinología”, entre los años 1920 y 1940, “La asunción de que las hormonas tenían ‘género’ estaba ya profundamente implantada” (215). Glándulas, hormonas, dimorfismo sexual, rol social, (dis)funciones sexuales, tratamientos, se vuelven entonces asociaciones inherentes las unas a las otras. La AHORF no ha escapado a estas lógicas y su estatus ambiguo, entre liberalizador social y reproductor de mecanismos de dominación de género, puede pensarse como constitutivo de la propuesta del fármaco-poder de Paul B. Preciado (2014), donde “toda mujer debe al mismo tiempo ser fértil (y serlo a través de la inseminación heterosexual) y ser capaz de traducir en cada caso la posibilidad de su sexualidad de modo asintóticamente próximo a cero, pero sin reducirlo completamente [...] de modo que la concepción accidental sea posible.” El “único problema”, continúa, sería que “la gestión individual y autónoma de la píldora por la mujer parece introducir una posibilidad de agenciamiento político” (151).

Nelly Oudshoorn y Jessika Van Kammen (2002) han sistematizado la evolución histórica del lugar ocupado por las mujeres dentro de los diversos paradigmas de “planificación familiar” y de evaluación de riesgo vigentes entre la década de 1960 y mediados de la de 1990.¹¹ Partiendo de un modelo en el que la mujer era parte de un colectivo socio-biológico responsable de la natalidad y cuyo mayor peligro en caso de no consumir la “píldora” era la mortalidad materna, se fue pasando a

¹⁰ Fabíola Rohden (2014), basándose en una cuidada selección de documentos publicados en Brasil, pone de manifiesto el énfasis de algunos grupos, muy entrados los años 2000, en demostrar la diferencia biológica (por tanto, innata) entre mujeres y hombres, y, particularmente, por divulgarla desde plataformas de dudosa consistencia científica pero con un enorme alcance de audiencia. Publicaciones que pretendían esgrimir la “verdad” frente a los consensos “políticamente correctos” (siendo estos últimos la igualdad de capacidades entre hombres y mujeres).

¹¹ Para el proceso de introducción de la AHORF en Argentina en la década de 1960, véase Felitti, Karina (2012) *La revolución de la píldora*, Edhasa, Buenos Aires.

una configuración donde primaba la idea de “cuidado de calidad”, en el que se integraban nuevas opciones de MAC y se perseguía una evaluación de riesgo/beneficio inherente a cada método (i. e., la mayor falibilidad del preservativo frente a su protección ante las infecciones de transmisión sexual y su ausencia de efectos secundarios) y no frente a los riesgos, por ejemplo, de un embarazo. El punto de llegada de ese proceso es, teóricamente, un ámbito de “salud reproductiva” que apunta a focalizarse en el bienestar de la mujer como consumidora/paciente, donde el riesgo se evalúa en relación a su calidad de vida y no como una pieza de un colectivo o de una función social (441-442).

Con todo, el *delay* entre la concepción este último “modelo” y las prácticas y discursos dominantes acerca de la píldora y sus riesgos/beneficios es notorio. Por el contrario, como hemos visto, los estudios contemporáneos subrayan la inmutabilidad de los procesos de evaluación de riesgo de los MAC por parte de los agentes del ámbito de la salud y las corporaciones farmacéuticas a lo largo de los últimos 40 años, pese a los innegables cambios socio-culturales. Los primeros estudios científicos específicos, publicados en los 1960s, ya ligaban el riesgo de coágulos al consumo de pastillas anticonceptivas, pero fue sobre todo el libro pionero de la feminista estadounidense Barbara Seaman, *A Doctor's Case Against the Pill* (1969), el que generó mayor controversia en su llamado de atención sobre los efectos negativos de la AHORF. No obstante, su investigación emergió en un contexto poco propenso a la crítica, marcado por la prohibición del aborto y el miedo a la “explosión demográfica”, que generaban un ambiente refractario al análisis del “lado oscuro” de la píldora (Geampana, 2016).¹² Finalmente, pero no menos importante, una postura controversial podía resultar, al menos en esa etapa inaugural, incómoda para la noción clave que acompañaba la pastilla: la liberación femenina.

Por poner un ejemplo ilustrativo, la investigadora Alina Geampana estudió la controversia sobre la drospirenona (cuarta generación) entre 2010 y 2014, basándose en los comunicados y recomendaciones de varias organizaciones de salud públicas y privadas de Canadá y Estados Unidos y empleando herramientas de análisis crítico del discurso. Los elementos de género que traducen esas evaluaciones quedaron expuestos en la asociación naturalizada que ese *corpus* hacía de las mujeres como procreadoras, faceta considerada como la vertebradora a la hora de establecer el riesgo/beneficio de la pastilla. Casi todas las recomendaciones, por ejemplo, subrayaban que los eventos de complicaciones en el parto y post-parto son muy superiores a los riesgos que implica el consumo de AHORF. Como acabamos de ver, estas son aseveraciones mucho más propias de un modelo de salud sexual y reproductiva “obsoleto” en teoría, pero efectivo en la práctica. Ese tipo de afirmaciones estaba midiendo la seguridad de un medicamento con las consecuencias de no

¹² El aborto fue legalizado en 1973 en USA y en 1988 en Canadá.

tomarlo, en vez de compararlo con los potenciales efectos secundarios y eficiencias de otras AHORF o de otros MAC. En consecuencia, se perdía de vista el potencial incremento del riesgo de las píldoras de cuarta generación respecto de las anteriores, al tiempo que se transmitía “un mensaje de género” al subrayar el peligro permanente de embarazo, vale decir, simplificando y asociando la calidad de vida de una mujer al hecho de no experimentar un embarazo no deseado. Incluso, un documento suscripto por la *Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada* en 2013 responsabilizaba incluso a los medios de comunicación de crear “miedo y confusión” en su “cobertura de eventos raros” (embolia o coágulos), promoviendo el abandono de las pastillas, lo que impactaba en un *crescendo* de la tasa de embarazos no deseados. Otro tanto hizo la ministra de Salud Marisol Touraine frente a la crisis sanitaria que ya mencionamos en Francia en 2013: “las píldoras de 3ª y 4ª generación no son peligrosas, si no procederíamos a retirarlas. Lo que supone problemas es su prescripción sistemática de entrada”. Y que, frente al accidente cardiovascular de la demandante y el fallecimiento de sus contemporáneas, afirmó que “no hay que ceder al pánico. Nada sería peor que ver mujeres renunciar a toda anticoncepción y recurrir a la interrupción voluntaria del embarazo”¹³ [traducción propia] –que, recordemos, en Francia es legal desde 1975.

En este sentido, Alina Geampana llega a la conclusión de que hay un *risk assessment* marcado por el sesgo ideológico de sus organismos que termina conduciendo al maniqueísmo: “una mujer tiene dos opciones: ser usuaria de anticonceptivos hormonales o quedar embarazada.” (Geampana, 2016: 13).¹⁴

Otro vector particularmente fructífero para analizar “en movimiento” cómo operan de manera asimétrica los paradigmas de *risk assessment* es su comparación con el la píldora análoga para hombres. El retraso de esta última no es extraño si tenemos en cuenta, como propone Desjeux, que el uso de MAC (incluyendo métodos barrera, como el preservativo) por parte de varones en parejas heterosexuales estables “es principalmente un paliativo que los hombres usan cuando la pareja experimenta negativamente la anticoncepción hormonal” (2013: 107). En varias investigaciones de los últimos años, Oudshoorn y Van Kammen han apuntado la manera en que las pruebas clínicas para testear la píldora masculina se realizaron empleando criterios más estrictos y personalizados, que atendían a posibles impactos negativos sobre la psique y el estado físico de los consumidores. La posible pérdida de libido o el incremento de los lípidos y el colesterol fueron vistos como impedimentos serios, mientras que en el ámbito de la AHORF femenina se los supuso como males menores asociados al producto desde un inicio o como condiciones propias de la mujer

¹³ *Pourquoi Docteur*, Questions d'Actualité en Médecine, 25/2/20113: <https://www.pourquoidocteur.fr/Articles/Question-d-actu/2115-Pilules-de-3e-generation-le-recit-d-une-crise-sanitaire>

¹⁴ De igual modo, el manual de *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos* de la Organización Mundial de la Salud del año 2018, luego de aseverar que se debe medir la presión arterial antes de administrar cualquier MAC hormonal, afirma que no se debe negar a ninguna mujer el MAC hormonal solo por el hecho de que no se le pueda medir la presión arterial (50).

(Oudshoorn y Van Kammen, 2002). Nelly Oudshoorn (2003 y 2004), tomando como referencia definiciones de género de Judith Butler, también ha señalado el carácter performativo que sobre la idea hegemónica de masculinidad conllevaron la planificación y el ensayo clínico de la píldora para hombres, entre fines de los años 1980 y mediados de los 1990. Los discursos de los individuos participantes en esos ensayos se centraron en una autopercepción altruista, de hombres comprometidos, que aceptaban cargar con el consumo de la píldora, que *a priori* no les correspondía, y sus riesgos implícitos. Estas convicciones, como la de que existirían una “competencia contraceptiva” femenina frente a una irresponsabilidad masculina, o un deseo de fertilidad y maternidad femenina frente a una “indiferencia” masculina, se traducen frecuentemente como condiciones “naturales” (Ventola, 2014) y sin embargo son hechos “sociales”, reales y operativos hoy día, pero precisamente por ello susceptibles de ser cambiados gracias a políticas públicas y educativas.

Reflexiones finales

Como mencionamos al inicio, las perspectivas más técnicas de la evaluación del riesgo (centradas en ensayos clínicos y opiniones cuantitativas estandarizadas) normalmente tienden a despolitizar dicho proceso al centrarse en la asignación de variables neutras y mensurables (Douglas, 1992), cuando en realidad lo que también deberíamos considerar es cómo se articulan esos juicios científicos. Para el campo de la salud, hablaríamos de quién establece las pruebas, cuál es la población de muestra, durante cuánto tiempo, por qué medios o canales de comunicación se establecen los mensajes y, por supuesto, qué se entiende por riesgo y de qué paradigma de salud sexual y reproductiva parten las agencias encargadas de controlar ese medicamento.

¿Estamos ante un cambio de paradigma anticonceptivo (en los sectores sociales que pueden permitírselo)? Aquel “miedo a la píldora”, o desconfianza, del que hablábamos al inicio permite traer a colación las formas socio-culturales de producción y reproducción de los paradigmas de salud sexual, que han ido definiendo un rol “específico” para las mujeres, un poderoso imaginario que ha acabado por naturalizarse.

El repaso de los temas y problemas que hemos realizado arriba parece consagrar la idea de una cierta “impermeabilización”, práctica y discursiva, de las ciencias biomédicas ante los cambios de contexto socio-cultural o, si lo colocamos en el plano de la gestión, de una pugna entre, por un lado, los criterios de la corporación de prescriptores y las agencias encargadas del *risk assessment* y, por otro, una nueva serie de concepciones sobre salud sexual promovidas por las generaciones de mujeres jóvenes consumidoras de AHORF. Aquí radica la importancia, para el desarrollo futuro de nuestra investigación, de abordar las experiencias y trayectorias ginecológicas de las mujeres, en

tanto se sitúan en una confluencia de espacios médicos y discursos promovidos por diversos actores y agencias de salud, públicas y privadas. En esos cruces se tejen nociones clave acerca de la evaluación de riesgo de la AHORF y se dibujan y reconstituyen de manera permanente las ideas de género y de salud sexual. El seguimiento de los periplos de pacientes/consumidoras nos permite entonces recuperar la idea de autonomía o, como propuso Lynne Haney (2002), de “espacios de maniobrabilidad” de que disponen dentro del campo de la salud para tomar decisiones, exigir información o negarse a seguir protocolos poco personalizados. Por ello es pertinente preguntarse también por el revés de esta situación: hasta qué punto muchas usuarias de AHORF reproducen en sus opciones aparentemente “autónomas” el discurso médico hegemónico, mientras que otras elaboran estrategias y alternativas “contestatarias” a esos modelos vigentes. No es un hecho fortuito que los consultorios o el ámbito de los ensayos clínicos estén siendo considerados con interés creciente por los estudios sociológicos como espacios donde se reproducen, negocian y reconfiguran las identidades de género y los derechos sexuales (Bajos y Ferrand, 2004; Draghi, 2010).

Referencias bibliográficas

- AMSELLEM-MAINGUY, Yaëlle (2010) “Jeunes femmes face à la multiplicité des méthodes contraceptives. Politiques sociales et familiales”, *Fécondité et politiques publiques*, N°100, 104-109.
- AMUCHÁSTEGUI, A., AYRES, J. R., CAPRIATI, A., PAIVA, V., PECHENY, M. (2018), *Prevención, promoción y cuidado. Enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos*, Teseo, Buenos Aires.
- BAJOS, Nathalie (2014) “The French pill scare: towards a new contraceptive model?”, *Population and Societies*, Núm. 5, 11.
- BAJOS, Nathalie ; FERRAND, Michel (2004) “La contraception, levier réel ou symbolique de la pilule: biologisation de la contraception et régulation sociale domination masculine?”, *Sciences Sociales et Santé*, 22, núm. 3, pp. 117-140.
- BROWN, Josefina (2009) “Los derechos (no) reproductivos y sexuales en los bordes entre lo público y lo privado. Algunos nudos del debate en torno a la democratización de la sexualidad”, en *Sexualidad, Salud y Sociedad*, núm. 2, pp. 10-28.
- BROWN, Josefina L. (2007) “Qué democracia para cuales mujeres. Abriendo el debate”, *Reflexión Política*, vol. 9, núm. 17, junio, 2007, pp. 124-136 Universidad Autónoma de Bucaramanga Bucaramanga, Colombia.

- BROWN, Josefina; GATTONI, M. Soledad; PECHENY, Mario y TAMBURRINO, M. Cecilia (2013) “Cuerpo, sexo y reproducción. La noción de autonomía de las mujeres puesta en cuestión: el aborto y otras situaciones sensibles”, *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, núm. 12, pp. 37-49.
- CONRAD, Peter (2007) *The Medicalization of Society*, Johns Hopkins University, Baltimore.
- DESJEUX, Cyril (2008) “La pilule hormonale féminine : De la fécondité ‘féminine’ à la fécondité ‘conjugale’”, *Socio-logos* [En ligne], 3.
- DESJEUX, Cyril (2013) “La contraception du côté des homes. L’émergence d’une ‘conscience masculine’”, en Soufir, C., Mieusset, R. (coord.) *La contraception masculine*, pp. 179-190, Springer-Verlag, París.
- DOUGLAS, Mary (1992) *Risk and Blame. Essays in cultural theory*, Routledge, Londres.
- DRAGHI, María Paula (2010) “Los métodos anticonceptivos en las representaciones y prácticas de las y los profesionales de servicios públicos de salud.” *VI Jornadas de Sociología de la UNLP*, UNLP, FHCE, Departamento de Sociología, La Plata.
- FELITTI, Karina (2012) *La revolución de la píldora. Sexualidad y política en los sesenta*, Edhasa, Buenos Aires.
- FERNAND BATIONO, Bouma “Les relations entre les professionnels de la santé et les jeunes filles au Burkina Faso. Stigmatisation, normes et contrôle social”, *Presses de Sciences Po*, 2012/2, núm 61, pp. 21-33.
- FOUCAULT, Michel (1977) “Historia de la medicalización”. *Educación médica y salud*, Vol. 11, núm. 1.
- GEAMPANA, Alina (2016) “Pregnancy is more dangerous than the pill: A critical analysis of professional responses to the Yaz/Yasmin controversy”, *Social Science & Medicine*, N° 166, 9-16.
- GROSZ, Elizabeth (1994) *Volatile bodies. Toward a Corporeal Feminism*, Indiana University Press, Bloomington-Indianapolis.
- GUSFIELD, Joseph R. (1981) *The Culture of Public Problems: Drinking-Driving and the Symbolic Order*, University of Chicago Press, Chicago.
- HANEY, Lynne (2002) *Inventing the Needy Gender and the Politics of Welfare in Hungary*, University California Press, California.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2018) *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos* [Tercera Edición], Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas.

- OUDSHOORN, Nelly (2003) “Clinical Trials as a Cultural Niche in Which to Configure the Gender Identities of Users: The Case of Male Contraceptive Development, en Oudshoorn, Pinch, T. (eds.), *How Users Matter. The Co-Construction of Users and Technologies* Massachusetts: MIT Press, pp. 209-227.
- OUDSHOORN, Nelly (2004) “Astronauts in the Sperm World”. The Renegotiation of Masculine Identities in Discourses on Male Contraceptives, *Men and Masculinities*, Vol. 6 No. 4, 349-367.
- OUDSHOORN, N. (1994) *Beyond the natural body: An archeology of sex hormones*, New York: Routledge.
- PRECIADO, Paul (2014) *Testo yonki*, Buenos Aires, Paidós.
- ROHDEN, Fabíola (2014) “Dualismos de género en la era de los nuevos usos sociales de la tecnociencia y de la biología molecular”, EUDEM, Mar del Plata.
- ROUX, Alexandra, VENTOLA, Cécile, BAJOS, Nathalie (2017) “Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France”, *Sciences Sociales et Santé*, Vol. num. 3, pp.41-70.
- ROUZAUD-CORNABAS, Mylène (2015) “Shifting contraceptive policies in light of risk assessment and management – the French ‘pill scare’ case”, *P41- Public Health Policies, Biomedicalized Publics, and Successful Societies*.
- SHAPIN, Steven (1994) *A social history of truth*, University of Chicago Press, Chicago.
- TARZIBACHI, Eugenia (2017) *Cosa de mujeres. Menstruación, género y poder*, Sudamericana, Buenos Aires.
- VAN KAMMEN, Jessika, OUDSHOORN, Nelly (2002) “Gender and risk assessment in contraceptive Technologies”, *Sociology of Health & Illness* Vol. 24 No. 4 2, pp.436-461.
- VENTOLA, Cécile (2014) “Prescrire un contraceptif: le rôle de l’institution médicale dans la construction de catégories sexuées”, *Genre, Sexualité & Société*, num. 12, Automme.
- ZINN, Jenn (2008) “Introduction: The Contribution of Sociology to the Discourse on Risk and Uncertainty”, en Zinn, Jens (Ed) *Social Theories of Risk and Uncertainty: An Introduction*, Blackwell Publishing Ltd, USA.