

La “evaluación de riesgo” en el ámbito de la anticoncepción hormonal oral regular femenina: algunas controversias actuales sobre sus efectos secundarios

Ángeles Alpe *

Resumen

El presente artículo vincula la medicalización con anticonceptivos hormonales orales regulares femeninos y sus procesos de *evaluación de riesgo* (o *risk assessment*), temas de protagonismo creciente en los debates públicos de las últimas décadas. Desde esta perspectiva, diversos “paradigmas” se dibujan a lo largo de los años, en tanto formas de priorizar beneficios o efectos secundarios a la hora de comercializar o administrar “la píldora”, y que van de la mano, por supuesto, de la evolución de los modelos de salud sexual y reproductiva. Esta dimensión clave a estudiar pone de manifiesto el *riesgo* no solo como un dato objetivo sino, y sobre todo, como resultado del cruce de factores socioculturales, económicos y políticos. Dimensión que se inscribe, a su vez, en una amplia bibliografía que ha problematizado la anticoncepción hormonal femenina entre su cualidad liberadora de la mujer y su rol perpetuador de desigualdades de género.

Palabras clave: Evaluación de riesgo – Género – Anticoncepción hormonal femenina

The risk assessment of daily oral hormonal feminine contraception: an overview of current controversies

Abstract

* Becaria Doctoral Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Doctorado en Sociología del Instituto de Altos Estudios Sociales, Universidad Nacional de San Martín. Contacto: alpecaselli@gmail.com

Alpe, Ángeles. “La “evaluación de riesgo” en el ámbito de la anticoncepción hormonal oral regular femenina: algunas controversias actuales sobre sus efectos secundarios” en *Zona Franca. Revista del Centro de estudios Interdisciplinario sobre las Mujeres, y de la Maestría poder y sociedad desde la problemática de Género*, N°27, 2019 pp.240-258. ISSN, 2545-6504 Recibido: 29 de junio 2019; Aceptado: 21 de octubre 2019

The following paper links the medicalization with daily oral hormonal feminine contraception and its process of risk assessment, issues whose importance has grown in the public debates of the last decades. From this point of view, diverse “paradigms” get shaped across the time, as ways of prioritizing benefits or side effects in the commercialization or administration of the “pill”. Those go together, of course, with the evolution of sexual and reproductive health models. This capital dimension of analysis, brings to light the risk, not only as an objective fact, but also and mostly as a result of the intersection of socio-cultural, economic and politic factors. Dimension which takes also place in a vast literature that questions the feminine hormonal contraception, its liberalizing quality for women and its role perpetuating gender inequalities.

Key words: Hormonal feminine contraception – Risk assessment – Gender

Introducción

Nuestras investigaciones en curso se centran en los potenciales efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales orales regulares femeninos (en adelante AHORF), la más comúnmente llamada “píldora”, y los procesos de evaluación de riesgo (*risk assessment*) por parte de profesionales, agencias de la salud y compañías farmacéuticas. En este trabajo, a partir de un repaso del estado de la literatura sociológica a nivel internacional, nos centraremos en la hipótesis, ya empleada para el estudio del mismo tópico en otros contextos, de que los estereotipos de género que informan el ámbito de la anticoncepción hormonal regular han tendido a reproducir asimetrías y desigualdades sociales y culturales y, como consecuencia, son parte de la “feminización” de la salud sexual y reproductiva. No es casual que en los medios de comunicación y, cada vez más, en las redes sociales, se perciba un malestar respecto a la “pastilla”, considerada como un agente liberador de las mujeres, uno de sus roles históricos desde su comercialización masiva a partir de la década de 1960, y que ello esté siendo objeto¹ de numerosos estudios sociológicos en desarrollo (notablemente en Francia y Canadá) que han puesto el foco en los extendidos prejuicios de género –

¹ Nuestro trabajo de campo, aún en curso, se centra en la realización de entrevistas en profundidad a mujeres usuarias de AHORF y del relevamiento de posts en redes sociales. No obstante, aquí solo nos limitaremos a un repaso crítico de la bibliografía.

no siempre conscientes ni obvios— que han tendido a 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 *risk assessment*, o de evaluación de riesgo, ha demostrado ser una de las claves analíticas más fructíferas para afrontar el problema. Como sugirió Rouzaud-Cornabas:

“A través del análisis de cómo la evaluación y gestión de riesgos han transformado las políticas de salud pública en el campo de la salud sexual y reproductiva, queremos cuestionar su acción neutral. Por lo tanto, es importante demostrar cómo la biomedicina, basada en nociones de objetividad y científicidad, ha reproducido las desigualdades sociales y ha reificado las distinciones sociales” (Rouzaud-Cornabas, 2015: 4).

A partir de estas consideraciones, proponemos varias preguntas que pueden servir como disparadores para encauzar una discusión que aquí solo desarrollaremos 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 suscitado fuertes polémicas en la esfera pública mientras que en otros permanecen en un área gris y difusa?

En la bibliografía local sobre salud sexual, el tópico no parece haber tenido un papel protagónico hasta el momento, debido, creemos, a varios factores que radican mayormente fuera del campo académico. Entre otras razones, cabe señalar las circunstancias sociales y políticas que crean un contexto de

“vulnerabilidad programática” (Amuchástegui et al., 2018) para miles de mujeres, tales como la escasa o nula capacidad económica y de acceso a la información ginecológica –o al sistema de salud en su conjunto–, a los métodos anticonceptivos (en adelante, MAC), o la ilegalidad 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 realizado en clínicas clandestinas. Situaciones similares pueden aplicarse a muchos países “no desarrollados”¹¹. 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 receta y administración individualizadas 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 operando dentro de la industria farmacéutica y de los saberes 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).

¹¹ Cfr. Fernand Bationo, Bouma (2012) “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.

Del “malestar” al cuestionamiento del paradigma

“¿Por qué las *millennials* [mujeres nacidas entre aprox. 1980 y 2000] están dejando de tomar la píldora anticonceptiva?” titulaba un artículo de *El País* de Madrid este febrero de 2019^{III}. Si bien en comparación al resto de los países europeos España ya denota un consumo bajo de AHORF (un 17,3% de las mujeres en relación al 50% promedio de Francia o Gran Bretaña^{IV}), esa cifra parece marcar un nuevo avance generacional, según apuntaron los especialistas entrevistados. Entre las razones que la nota traía a colación para explicar ese hecho, se encontraba 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), aspectos que hace décadas se consideraban menores o irrelevantes en comparación a los riesgos de un embarazo no deseado, pero que hoy en día están cambiando de estatus dentro de las consideraciones de muchas mujeres. No obstante, el artículo también apuntaba a otros elementos más “nuevos” desde el punto de vista de las percepciones, como la prescripción de la píldora fuera de su uso como anticonceptivo 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, ha 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). Asimismo, el artículo aludía a motivos relacionados con los desarrollos de las teorías y movimientos feministas que, entre muchas otras cuestiones, han censurado la demora en la comercialización de una

^{III} “¿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/>

^{IV} Datos brindados por la Sociedad Española de Contracepción. “Presentada la Encuesta Nacional 2018 sobre la Anticoncepción en España”. Cfr. <http://sec.es/presentada-la-encuesta-nacional-2018-sobre-la-anticoncepcion-en-espana/>

píldora masculina, pese a su “inminente” lanzamiento que se prolonga desde hace décadas.

Si observamos el panorama, es posible suponer que esta disconformidad no es una mera impresión periodística volcada en una nota casual. En la opinión pública francesa ya había ocurrido un episodio crucial, desarrollado a partir de diciembre de 2012. En ese momento se abrió una intensa controversia a raíz de la denuncia contra un laboratorio farmacéutico presentada por una joven que había sufrido un grave derrame cerebral asociado al consumo de una píldora de tercera generación. Por más que el producto volvió a circular tras una suspensión parcial ordenada en marzo de 2013 por la *Agence Nationale de Sécurité du Médicament*, el impacto que tuvo el evento en la opinión de las consumidoras fue palpable (Bajos, 2014). Por su parte, en diciembre de 2015, la BBC daba cuenta de otra situación similar, en esta ocasión en Alemania, en la que una consumidora demandaba a Bayer a causa de una embolia pulmonar sufrida tras ocho meses de consumo de Yasminelle, uno de los productos “insignia” de esa empresa en el área de la contracepción hormonal regular. Por más que los voceros de la multinacional avalaron el carácter seguro de su producto, la demanda se sumaba a otras numerosas cursadas en USA, donde Bayer ya había pagado, según la misma fuente de la BBC, alrededor de 1900 millones de dólares por daños y perjuicios.^v En Canadá había estallado una crisis todavía mayor en 2013 cuando un informe de Health Canada reveló que al menos 23 muertes de mujeres –varias de ellas adolescentes– ocurridas en los años previos, se vinculaban al consumo de los anticonceptivos Yaz y Yasmin, por entonces los más difundidos. Esta situación dio pie a una serie de demandas judiciales por considerar que las consumidoras no habían sido adecuadamente asesoradas sobre el nivel de

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

riesgos de coágulos sanguíneos, que superaban, en estos de tercera y cuarta generación, a otros anticonceptivos hormonales regulares.^{VI}

Si nos restringimos a la situación en Francia, las consecuencias del pill scare de 2012-2013 fueron casi inmediatas entre un segmento de la población de consumidoras de AHORF de clase media con acceso a un capital informativo que les permitía cierta capacidad de maniobrabilidad. Tal como sugiere Nathalie Bajos, a partir de un estudio estadístico del episodio:

“El debate de los medios de comunicación a fines de 2012 y principios de 2013 sobre las píldoras anticonceptivas no redujo la prevalencia de los anticonceptivos, pero el uso de anticonceptivos orales disminuyó, pasando del 50% en 2010 al 41% en 2013” (Bajos, 2014).

¿Demuestra este tipo de eventos el inicio de un cambio de paradigma en el consumo de métodos anticonceptivos femeninos, tal como se interrogaba la citada autora? Por más que esta cuestión solo podrá comenzar a responderse en un futuro distante con evidencia empírica y perspectiva, ese “miedo a la píldora” (incluso sin llegar a considerar los casos más graves) 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. Por una parte, está claro que uno de los núcleos de la cuestión es el de la autonomía de las usuarias/pacientes frente al 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

^{VI} 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-yazmin-birth-control-pills-suspected-in-23-deaths-1.1302473>

trayectorias ginecológicas de las consumidoras^{VII}. De la mano con esto, el malestar percibido constituye también un indicador de cómo cada vez más mujeres no están dispuestas a caer en la “mala suerte de la estadística”^{VIII}, es decir a quedar comprendidas dentro de los potenciales efectos más graves de la AHORF, como la trombosis venosa o el cáncer.

El rol del risk assessment en la configuración de paradigmas de salud sexual “feminizados”

Como sostiene Jenks Zinn (2008), cada disciplina o área del saber establece sobre su “fundación epistemológica” el tipo de definición de riesgo que toma. Por una parte, se encuentran perspectivas “objetivas” o “realistas” que conciben el riesgo como una serie de indicadores creados por fuera de la subjetividad, capaces de ser medidos de manera estadística o matemática, algo propio de áreas como la epidemiología, la toxicología o la ingeniería. Otras posturas sumaron la posibilidad de influencia de sesgos (*subjectively biased*), considerando que la noción misma de riesgo que cada comunidad maneja puede ser condicionada por factores externos al modelo inicial, como puede ocurrir con el análisis sobre evolución económica o de riesgo/beneficio, que dependen también de comportamientos y pautas culturales. Incluso posturas más radicales han llegado a proponer que en ciertos eventos la idea misma de riesgo puede ser socialmente construida independientemente de “su existencia objetiva” (Zinn, 2008: 4). A diferencia de estos enfoques, más o menos reduccionistas, la perspectiva sociológica (*sociological approaches*) “cambia de riesgos objetivos y

^{VII} Sobre esta la “noción de autonomía” resultan especialmente esclarecedoras las reflexiones de Brown, Gattoni, Pecheny y Tamburrino (2013), que la exploran para el caso del aborto y otras nociones sensibles; así como las de Josefina Brown en “Qué democracia para cuáles mujeres. Abriendo el debate” (2007) y “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” (2009).

^{VIII} Expresión que le dirigió su ginecólogo a Soledad luego de verse afectada a los 25 años de edad por una trombosis venosa profunda, que su hematóloga vinculó al consumo de tres meses de AHORF. Entrevista a Soledad, 29 años, 24/4/19.

sesgos subjetivos a riesgos mediados o construidos socioculturalmente". El mismo autor, exponiendo el planteo de Mary Douglas, agrega:

"La selección y percepción del riesgo y la respuesta a los riesgos de un grupo social serían determinadas por la organización institucional del grupo. La realidad de un peligro es un requisito previo para los debates persistentes y las actividades sobre riesgos, mientras que su politización está determinada culturalmente." (6).

Esto implica traer a colación a múltiples actores que intervienen desde diferentes sitios en los procesos de evaluación de riesgo, así como considerar temporalidades diversas, sobre todo teniendo en cuenta que, pese a los cuestionamientos que se pueden percibir hoy día en los modelos de salud sexual, persisten tradiciones y esquemas de pensamiento sedimentados y retroalimentados a lo largo de un extenso período que aún influyen en los diagnósticos e intervenciones de agentes públicos y privados.

En esta dirección, apuntaba Steven Shapin que 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). Dentro de ello, una evidencia ampliamente trabajada por la literatura sociológica es que las ciencias biológicas y médicas se han visto marcadas por estereotipos de género –entre otros factores 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. 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 (2010: 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^{IX}. 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, donde “toda mujer debe al mismo tiempo ser fértiles (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” (2014: 151).

¿Cómo ha impactado ello en la construcción de los modelos de gestión de la salud sexual y reproductiva? En uno de sus varios aportes sobre el cruce entre tecnologías farmacológicas, anticoncepción hormonal y género, Oudshoorn y Van Kammen han sistematizado la evolución histórica del lugar ocupado por las mujeres dentro de los diversos paradigmas de “planificación familiar” y de

^{IX} Fabiola 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).

evaluación de riesgo vigentes entre la década de 1960 y mediados de la de 1990.^X 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 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 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 (2002: 441-442). Sin embargo, el delay entre ese modelo y las prácticas y discursos dominantes acerca de la píldora y sus riesgos/beneficios es perceptible y, en muchos aspectos, la situación no parece haber cambiado tanto, como indican las mismas autoras. Por el contrario, los estudios contemporáneos han tendido a subrayar la inmutabilidad de los procesos de evaluación de riesgo de los MAC establecidos por las agencias de salud y las corporaciones farmacéuticas a lo largo de los últimos 40 años, pese a los innegables cambios socio-culturales. Un repaso de los trabajos recientes puede ayudar a visualizar ese delay entre nuevos contextos socio-culturales y la persistencia de formas de evaluación periclitadas. Los primeros estudios científicos específicos, publicados en 1967, 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

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

miedo a la “explosión demográfica”, que generaban un ambiente refractario al análisis del “lado oscuro” de la píldora (Geampana, 2016)^{XI}. Asimismo, una postura controversial podía resultar, al menos en esa etapa inaugural, incómoda para la noción clave que acompañaba la pastilla, considerada como agente de liberación femenina, uno de los puntos clave del nuevo producto.

En el campo de la salud, las perspectivas más técnicas de la evaluación del riesgo (que se centran en los ensayos clínicos y opiniones estandarizadas y cuantitativas de científicos farmacéuticos y/o médicos) normalmente tienden a despolitizar el problema, como anotó Mary Douglas (1992), al pretender que solo se trata de una cuestión de asignación de variables en función de pruebas de laboratorio neutras y mensurables, cuando en realidad lo que también debemos comprender es cómo se articulan esos juicios científicos de cara a las consumidoras y por qué medios o canales de comunicación se establecen los mensajes^{XII}. ¿Qué peligros se subrayan y cuáles se consideran secundarios o poco preocupantes? Al momento de proponer balances teóricos entre elementos perniciosos y positivos asociados al consumo de AHORF, ¿de qué paradigma de salud sexual y reproductiva parten las agencias de control de medicamentos o los laboratorios para “establecer” los niveles de riesgo?

La pastilla anticonceptiva: riesgos con prioridades

Alina Geampana apuntaba que “El despliegue de discursos de riesgo tiene el poder de ‘transformar’ una tecnología de riesgosa a segura o viceversa” (2016: 11). La autora estudió la controversia sobre la drospirenona, 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

^{XI} El aborto fue legalizado en 1973 en USA y en 1988 en Canadá.

^{XII} Para el caso argentino, contamos con la tesis de Ianina Lois, que ha explorado las articulaciones del discurso sobre salud de las mujeres desde la perspectiva del género. LOIS, Ianina (2013) Políticas públicas de comunicación sobre salud de la mujer, Tesis de Maestría, FLACSO.

evaluaciones quedaron expuestos en la asociación naturalizada que ese corpus hacia 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, conclusión que sintetizaba un reporte de 2013 de la *American Congress of Obstetricians and Gynecologists*: “La mitad de las mujeres desconocen que el embarazo es más peligroso que la anticoncepción”. Entre otras cosas, este tipo de juicios perdía de vista que había un problema de fondo, relacionado con el potencial incremento del riesgo de las píldoras de cuarta generación respecto a las anteriores, al tiempo que se transmitía “un mensaje de género” al subrayar el peligro permanente de quedar embarazadas que acecha a las mujeres, sin considerar los demás efectos secundarios. Se seguía midiendo, por ende, el riesgo de un medicamento con un embarazo, y no con otros MAC, que tampoco se traían a colación, como el preservativo u otros sistemas de barrera. Un documento análogo, suscripto por la *Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada* (2013) iba más allá, al responsabilizar 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. En suma, como anotaba Geampana, el sesgo ideológico que impregna el discurso de estos organismos de salud al establecer su *risk assessment* bascula en un maniqueísmo: “una mujer tiene dos opciones: ser usuaria de anticonceptivos hormonales o quedar embarazada.” (Geampana, 2016: 13). Por otra parte, el manual de Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud del año 2018 viene a confirmar dicha escala de prioridades en la evaluación de riesgo:

En el caso de mujeres sanas, no hay exámenes ni análisis esenciales ni obligatorios antes de iniciar el uso de AOCs [Anticonceptivos Orales Combinados], del parche o del AVC. Sin embargo, la medición de la

presión arterial merece una consideración especial. Es aconsejable medir la presión arterial antes de iniciar el uso de AOCs, del parche y del AVC. Es importante tener en cuenta que, en situaciones en que no es posible medir la presión arterial, no se debe negar el uso de AOCs, del parche o del AVC a las mujeres simplemente porque no se les puede tomar la presión arterial. (50)

Conclusiones similares extrajo Amsellem-Mainguy, cuando subrayó los mecanismos de presión –del personal médico y de grupos de sociabilidad- que crean una retórica unanimista respecto al necesario consumo de AHORF, que se manifiestan también en la reticencia de los prescriptores/ginecólogos a tomar en cuenta aquellos efectos secundarios considerados por las propias consumidoras como intolerables (2010, 106-107).

Otro vector particularmente fructífero para analizar “en movimiento” cómo operan de manera asimétrica esos estándares feminizados de *risk assessment* es el del retraso comparativo entre el desarrollo de la AHORF y la comercialización de una píldora análoga para hombres. Desde un inicio, ello 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 posibles impactos negativos sobre la psique y estado físico de los consumidores. La posible pérdida de libido o el incremento de los lípidos y el colesterol fueron vistos como impedimentos serios cuando, en el ámbito de la AHORF femenina, se los supuso como males menores, asociados al producto desde un inicio (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. Este proceso, si bien no afectó la idea dominante de masculinidad, demostró el papel de las tecnologías de prueba como espacios para la renegociación de nociones de género. Los procesos de selección de los candidatos para testear la píldora para hombres, así como las primeras pruebas, se vieron condicionados por la irregularidad y los abandonos por parte de los usuarios. Finalmente, la muestra abarcó hombres con parejas estables e incluyó un diálogo con sus compañeras. Los discursos que generaron los individuos participantes en esos ensayos se centraron en una autopercepción altruista, de hombres comprometidos, que aceptaban cargar con el consumo de la píldora y sus riesgos implícitos, una idea que sigue siendo minoritaria respecto a la masculinidad hegemónica, pero que demuestra el carácter construido y mudable de esos mismos tópicos socialmente arraigados, entre ellos el de la “irresponsabilidad” (traducido a menudo como una condición “natural”), que los imposibilitaría para un uso regular del producto (Oudshoorn, 2003). En ese sentido, la idea tan extendida de que existe una “falta de constancia” entre los hombres para tomar una pastilla diariamente puede reflejar un hecho social “real” operativo hoy día, pero en todo caso es una construcción cultural y, por ende, susceptible de cambiar gracias a políticas públicas y educativas.

A manera de conclusión

El repaso de los temas y problemas que hemos realizado arriba parece consagrarse 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 (Oudshoorn, 2003; Bajos y Ferrand, 2004; Draghi, 2010).

Bibliografía

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.

FAUSTO-STERLING, Anne (2010) Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad, Barcelona, Melusina.

FELITTI, Karina (2012) La revolución de la píldora. Sexualidad y política en los sesenta, Edhasa, Buenos Aires.

FERNAND BATIONO, Bouma (2012) “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, Nº 166, 9-16.

GROSZ, Elizabeth (1994) *Volatile bodies. Toward a Corporeal Feminism*, Indiana University Press, Bloomington-Indianapolis.

HANEY, Lynne (2002) *Inventing the Needy Gender and the Politics of Welfare in Hungary*, University California Press, California.

LOIS, Ianina (2013) *Políticas públicas de comunicación sobre salud de la mujer*, Tesis de Maestría, FLACSO.

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.

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, Automne.

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.

