

Stoa

Vol. 15, no. 29, 2024, pp. 61-83

ISSN 2007-1868

DOI: <https://doi.org/10.25009/st.2024.29.2767>

VULNERABILIDAD BIOPSIKOSOCIAL Y CONTROL REPRODUCTIVO:
EL BIENESTAR BIOPSIKOSOCIAL Y SU RELACIÓN
PROBLEMÁTICA CON LA ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

Biopsychosocial vulnerability and reproductive control: biopsychosocial
well-being and its problematic relationship to hormonal contraception

CINDY MILENA PADILLA SIERRA
Universidad Nacional Autónoma de México
milenasierra18@hotmail.com

RESUMEN: En las últimas décadas la anticoncepción ha sido practicada con los dispositivos producidos por el modelo biomédico, entre los cuales uno de los más confiables y recomendados es el anticonceptivo hormonal (AH) de uso exclusivamente femenino. En este trabajo exploraremos cómo este fármaco afecta el bienestar biopsicosocial de algunas personas que los usan y cómo estas afecciones constituyen una vulnerabilidad gestada o producida por la biomedicina.

PALABRAS CLAVE: Vulnerabilidad · vulnerabilidad biopsicosocial · bienestar biopsicosocial · anticonceptivos hormonales · salud.

ABSTRACT: In recent decades contraception has been practiced with the devices produced by the biomedical model, among which one of the most reliable and recommended is the hormonal contraceptive for exclusively female use. In this paper we will explore how this drug affects the biopsychosocial well-being of those who use it and how these conditions constitute a vulnerability gestated or produced by biomedicine.

KEYWORDS: Vulnerability · biopsychosocial vulnerability · biopsychosocial well-being · hormonal contraceptives · health.

Recibido el 5 de mayo de 2023
Aceptado el 2 de noviembre de 2023

Desde la aparición de la pastilla anticonceptiva en 1960, han existido diversas perspectivas feministas sobre su uso: una relativa a la emancipación y el empoderamiento femenino —que exalta las ventajas de su empleo—, y otra que pretende denunciar los problemas y perjuicios que su uso conlleva, incluyendo las posibles afectaciones a la salud. Para comprender la postura emancipatoria es necesario recordar que, en sus inicios, la píldora fue recetada sólo a mujeres casadas¹, debido a que el sexo premarital era mal visto por la moralidad dominante. Por ello, las primeras *mujeres*² en usarla dependían de una evaluación médica que no sólo escrutaba sus fisiologías, sino su estado civil y social (Bailey 1997). Sin embargo, la existencia de esta posibilidad anticonceptiva despejó el camino para que mujeres jóvenes y solteras no sólo reclamaran el libre acceso a la píldora, sino que impugnaran públicamente su significado social al rechazar significaciones asociadas al crecimiento de la población y el marco moral preocupado por la promiscuidad. En su lugar, insistieron en que el elemento clave del anticonceptivo hormonal era *el derecho de la mujer a controlar su propio cuerpo* (Bailey 1997).³

El reclamo por este derecho persiste actualmente asociado a los obstáculos que representan la falta de disponibilidad y acceso a los recursos anticonceptivos para ejercerlo (Ross & Solinger 2017). De modo que, desde el nacimiento mismo de la píldora y hasta la fecha, el reclamo por los derechos sexuales y reproductivos de millones de mujeres quedó atado a este fármaco, que ofrece uno de los mecanismos más importantes y eficaces para la agencia sexual y reproductiva.

No obstante, el reclamo sobre los derechos es una cuestión compleja. Autoras como Wendy Brown han contribuido a la comprensión de las *paradojas* que con frecuencia derivan de la concepción de derechos ya que, pese a que éstos se originan como una forma de liberación y protección para una comunidad particular, pueden funcionar simultáneamente como mecanismos de opresión y regulación. Brown sostiene que, aunque los derechos son una herramienta para la emancipación, pueden ser usados para establecer restricciones, exclusiones o condiciones de desigualdad que impactan, precisamente, a aquellos para quienes fueron establecidos, pues, al articularlos, las comunidades concretas quedan vinculadas con *significaciones* que revictimizan, etiquetan negativamente y reafirman asociaciones entre comunidades y conceptos como el de vulnerabilidad, discriminación, marginalidad, etcétera (Brown & Tullio 2020).

Siguiendo estas ideas podríamos señalar que, si bien los beneficios y libertades ganados en materia de libertad sexual y reproductiva a razón de la anticoncepción

¹ Aunque también fue recetada con fines terapéuticos, en este texto exploraremos los AH en su uso exclusivamente contraceptivo.

² Si bien reconocemos la amplitud y la diversidad que alberga la categoría de mujer, en este abordaje nos referiremos únicamente a aquellas mujeres que consumen (o han consumido) AH con fines contraceptivos.

³ Katherine McCormick, feminista y precursora de la píldora anticonceptiva, reivindicó esta causa explícitamente en su discurso público sobre esta: “El anticonceptivo oral inauguró y mantiene una nueva era de las relaciones sexuales para la humanidad, fundamentalmente es una revolución sexual para el ser humano(…) El anticonceptivo oral concierne vitalmente a la mujer ya su cuerpo” (Marks 2001, p. 54).

hormonal son grandes logros de la lucha feminista, es preciso advertir que estos derechos no escapan de la paradoja al subsistir en estrecho vínculo con restricciones y limitaciones que constriñen y atan a las *mujeres*⁴, como comunidad específica, a una concepción esencializada y marginada.

Pensar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como una paradoja supone aceptar la idea de que los perjuicios derivados de su formulación son intrínsecos e inevitables. No obstante, es posible admitir las dificultades de la paradoja planteada por Brown como una de raigambre dialéctica, relacionada con la construcción y reforzamiento de las identidades, como la de *mujer* que, en consecuencia, da origen a otras formulaciones y acciones en el mundo fáctico, pero que no nos compromete a sostener que el derecho a la agencia sobre el propio cuerpo y a ejercer el control sobre las decisiones reproductivas y sexuales está inexorablemente atado a las *prácticas* específicas de los métodos anticonceptivos actualmente disponibles para ejercer tales derechos, incluyendo los AH.

Es decir, si bien no es posible escapar de la paradoja dialéctica (establecer derechos para comunidades concretas sin que estos impliquen una asociación con significaciones que revictimicen o etiqueten), ocasionalmente sí es posible aspirar a mejoras en las condiciones en las que se ejercen los derechos.

Con este objetivo en mente, tomamos los aportes de Brown como punto de partida para problematizar acerca de *contradicciones* en torno a los AHs, pero que no constituyen paradojas insalvables (y por ello ofrecen mayor margen de acción), sino un tipo de contradicción llamada *antinomia* compuesta por dos argumentos, ambos a primera vista válidos y tales que sus conclusiones son proposiciones igualmente plausibles pero mutuamente excluyentes; en la antinomia ambas conclusiones parecen haber sido demostradas (Tomasini 2002).⁵

La razón para explorar las contradicciones implicadas en los perjuicios y dificultades en el uso de AH, supone un campo fértil para ampliar la agencia de las mujeres en la *práctica* de sus derechos sexuales y reproductivos en virtud de transformar esas condiciones perjudiciales, incluyendo tanto sus formulaciones discursivas como la composición de los recursos materiales para ejercer la anticoncepción.

Podemos encontrar contradicciones importantes y poco exploradas al interior de los modelos de salud que sostienen la práctica hormonal contraceptiva, y que, como consecuencia, propician situaciones de vulnerabilidad para algunas mujeres que, por la utilización de AH, entran a una relación clínica.

⁴ La propia Brown advierte sobre las dificultades implicadas en la elaboración de derechos para las mujeres que no solo implican las significaciones históricamente asociadas a estas, sino el problema mismo de concebir o construir la identidad de aquellas personas para las que se requieren los derechos. Por ejemplo, sobre qué idea, concepto de mujer, a modo de categoría serán construidos esos derechos.

⁵ En los AH se concentran encuentros discursivos contradictorios, incluso, dentro de la perspectiva feminista: por un lado, destacan los discursos emancipatorios que justifican, defienden y promueven su uso y acceso; y, en contraste, están aquellos discursos que denuncian su uso como una forma de controlar los cuerpos femeninos, patologizarlos, medicalizarlos y exponerlos a efectos fisiológicos negativos.

1. El modelo biomédico y la anticoncepción hormonal

La singularidad que representa la anticoncepción hormonal no solo reside en las motivaciones sociales feministas que fomentaron su consumo, sino en el uso de mecanismos de manipulación bioquímica que se inscriben en el marco epistémico y ético de la medicina moderna, pues estructuran no sólo la posibilidad de producción del *fármaco hormonal* como un recurso material sin precedentes para la anticoncepción, sino que concentra un entramado de relaciones de *dependencia epistémica* que sostiene un acervo cognitivo de su funcionamiento y los marcos éticos para su uso. Por ello, en este apartado exploraremos algunos aspectos problemáticos del anticonceptivo hormonal dentro del *Modelo biomédico* que le dio origen y legitimidad a su uso y, posteriormente, abordaremos aquellos que surgen cuando pensamos el AH desde el ideal de salud basado en el *bienestar biopsicosocial* al que se aspira tanto desde las humanidades médicas como desde algunas, todavía escasas, prácticas médicas concretas.

El modelo biomédico es el paradigma dominante de comprensión de la medicina actual sobre la salud y la enfermedad. Su surgimiento se atribuye a la influencia del dualismo cartesiano⁶ que, en la medicina moderna, postuló una separación de la mente y el cuerpo al declararlas como independientes y no relacionadas causalmente (Albery & Munafó 2008). Por ello, el enfoque biomédico centrado únicamente en lo biológico –en el cuerpo– excluye de sus consideraciones para la evaluación biomédica las posibles relaciones con las dimensiones psicológicas y sociales del paciente.

Esta separación es evidente en la popular definición elaborada por Engel:

Este es el modelo dominante de la enfermedad actual, se supone que la enfermedad se explica completamente por las desviaciones de la norma de las variables biológicas (somáticas) medibles. No deja espacio en su marco para las dimensiones sociales, psicológicas y conductuales de la enfermedad (Engel, 1977, p. 130).

Para Engel, el modelo biomédico se enfoca en la enfermedad (física o mental), que toma en cuenta exclusivamente la dimensión biológica (Albery & Munafó 2008), comprendida como una desviación de la norma tanto física como conductual. Desde esta concepción, cualquier enfermedad es causada por una alteración biológica que puede expresarse tanto en los cuadros sintomáticos como en la bioquímica. En el modelo biomédico el criterio más importante para el diagnóstico de una enfermedad consiste en la demostración de la desviación bioquímica específica (Engel 1977). En consecuencia, la idea de salud se supone como la ausencia de enfermedad: la conservación de la norma de las variables biológicas medibles.

En contraste, autores como Christopher Boorse, han definido la salud como la capacidad funcional normal en la que cada parte interna del cuerpo está preparada

⁶ El dualismo de mente y cuerpo atribuido a René Descartes, del siglo XVII, representa la postura metafísica de que la mente y el cuerpo son dos sustancias distintas, cada una con una naturaleza esencial diferente según la cual el cuerpo es una sustancia material sujeta a leyes mecánicas y no pensante, mientras la mente es inmaterial y pensante (Mehta 2011).

para realizar todas sus funciones normales con al menos una eficiencia típica. Este funcionamiento normal se refiere a un funcionamiento estadísticamente típico a un grupo de referencia de diseño funcionalmente uniforme, como la edad o el sexo. En contraparte, la enfermedad se refiere a la desviación de ese funcionamiento típico (Boorse 2014).

Estas aproximaciones suponen una estandarización de lo que conforman las “mediciones normales”, que toman como base para el establecimiento de lo *normal* la regularidad hallada entre individuos que comparten características (sexo, raza, edad, etc.). Esto implica que aquellos que no expresen los valores regulares tienen el potencial de ser clasificados como enfermos.

La vigencia de esta manera de comprender la enfermedad y la salud puede evidenciarse en que gran parte de la práctica médica actual (clínica, diagnóstico, laboratorios, bibliografía) se basa en resultados bioestadísticos, que funcionan como recursos epistémicos para distinguir un estado patológico de uno saludable.

Ahora bien, al identificar el origen de la enfermedad con un mal funcionamiento de los organismos, causado por algún motivo físico o químico (Mehta 2011), el modelo biomédico también concibe formas para abordar sus causas, como, por ejemplo, las intervenciones farmacéuticas (Rocca & Anjum 2020).⁷ El uso del fármaco en medicina puede entenderse como “la administración y consumo de sustancias por parte de las personas que por su condición de salud precisen de ellas” (Herrero 2020, pp. 3-4). La afirmación de Herrero expresa una tendencia a vincular el uso de los fármacos con una terapéutica (Lorenzo 2019) cuyo objetivo es el de restituir la salud.

Incluso aproximaciones, como la de Herrero (2020), que cuestionan la administración farmacológica como medio para el control de enfermedades por su alto potencial de generar efectos adversos, conservan esa asociación esencial y generalizada entre *fármaco* y *tratamiento de la enfermedad*, mientras olvidan la práctica farmacológica masiva de la anticoncepción hormonal que escapa de esa asociación y plantea otra posible: *fármaco* y *tratamiento de funciones saludables* (o *normales*, desde una perspectiva biomédica).

Estas nociones excluyen situaciones relacionadas al uso de fármacos como los AH, que no están orientados a restituir la salud, entre los cuales hay una gran variedad de artilugios hormonales⁸ que actúan en la fisiología femenina con el objetivo bioquímico de inhibir la ovulación y que toman como base el conocimiento biomédico de que ésta —la ovulación—, que se suprime durante el embarazo a causa del aumento de la progesterona (Rivera, Yacobson,

⁷ Fue solo con los avances en el conocimiento biológico, como el desarrollo de la teoría celular, la teoría de los gérmenes de la enfermedad y la bacteriología, que se pudieron formular explicaciones definitivas de la enfermedad, el sufrimiento y la muerte (Rocca & Anjum 2020).

⁸ Anticonceptivos orales combinados, orales solo de progestina, inyectables de progestágeno, implantes, DIU, parches, anillos vaginales, etc.

& Grimes 1999). De aquí que la mayoría de los recursos hormonales utilizan la progesterona sintética o progestágenos como sustancias *anovulatorias* (Rivera, Yacobson, & Grimes 1999).

De manera que, desde el punto de vista biológico y material que el modelo biomédico intenta preservar, el AH estaría promoviendo desviaciones de la norma de las variables biológicas (somáticas) medibles, pues, desde la propia perspectiva biomédica, una situación de anovulación no es la norma sino una disfunción. Esto colocaría a la condición fisiológica modificada por el uso de AH en mayor proximidad con la concepción de enfermedad del modelo biomédico que con una de salud.

Tomando como referencia el objetivo de curar o evitar la enfermedad y restituir la salud por medio de la manipulación biológica, y posiblemente farmacológica, es razonable preguntarnos sobre cómo comprender o juzgar el papel de los AH como fármacos que comparten con otros la base epistemológica de los mecanismos de acción bioquímica⁹, que son de uso legítimo en el modelo biomédico e, incluso, en el biopsicosocial, en el entendido de que su objetivo no es recuperar la normalidad de las variables biológicas medibles, sino el logro de un objetivo social que basa su éxito precisamente en la alteración de una *normalidad biológica* que, simultáneamente, es presentada como el objetivo a alcanzar para garantizar la salud.

La cuestión no sólo revela una contradicción o antinomia relativa a los objetivos pretendidos por el modelo biomédico, sino que permite advertir una contradicción más profunda sobre la *necesidad y deseabilidad de una normalidad biológica* (entendida como una regularidad bioestadística) genérica o estándar, pues, si se argumenta que la normalidad biológica es deseable y necesaria como sugieren las prácticas médicas en las que se patologiza y medicaliza aquellos casos que escapan de las mediciones y estandarizaciones fisiológicas medibles ¿cómo es posible que se contribuya activamente a un desplazamiento fisiológico intencionado que nos expulse de esta norma y se considere seguro?

La contradicción se resume en que, o bien la deseabilidad de una normalidad biológica en realidad no es importante para definirse saludable, o bien,

⁹ La mayoría de los fármacos comparten los mismos mecanismos de acción, aunque estos pueden variar de acuerdo con el modo en el que actúan en el cuerpo. Por ejemplo, algunos actúan compitiendo con sustratos endógenos, otros inhibiendo la secreción de tales sustratos (Swinney 2004). Para el caso concreto de la anticoncepción hormonal, muy a grandes rasgos, los mecanismos principales son la inhibición de la ovulación y los cambios en el moco cervical que dificultan la penetración de los espermatozoides (Rivera, Yacobson, & Grimes 1999).

de forma deliberada, el modelo biomédico no mantiene sus compromisos con la salud de *las mujeres*, ya que por medio de AHs induce un desplazamiento que empuja sus fisiologías fuera del ideal de sus propias normas.¹⁰

El hecho de que los AHs no estén diseñados con el objetivo de recobrar la salud tiene consecuencias prácticas y conceptuales importantes que lo caracterizan como un fármaco éticamente diferente a los demás y que, por consiguiente, puede quedar excluido de concepciones tradicionales de la actividad biomédica de fármaco. Esto nos lleva a preguntarnos: si la práctica anticonceptiva con AH o alguna otra intervención no está enfocada en buscar la salud biomédica ¿cuál es su papel dentro del modelo biomédico? ¿a qué categoría de la actividad biomédica se suscribe?

2. Modelo biopsicosocial

Autores como Boorse consienten una perspectiva ampliada de la práctica biomédica que la desliga de compromisos morales limitantes de la diversidad de actividades que pueden realizarse desde la experticia y pericia biomédica argumentando que limitan, también, potenciales *beneficios* para los pacientes (Boorse 2016). De aquí que el autor defienda, como principio para guiar las prácticas biomédicas, la realización de actividades siempre orientadas a actuar en virtud del *mejor interés del paciente*, pues evitar y prevenir la patología sólo se justifica cuando se realiza siguiendo el interés del paciente. Incluso para ejecutar una tarea informativa sobre la condición de un paciente Boorse apunta que “ayudar al paciente a comprender la enfermedad se limita a cualquier comprensión que se ajuste a sus intereses” (Boorse 2016, p. 172). En una línea similar, Beauchamp defiende una idea de *beneficencia* que toma en cuenta el juicio y la autonomía del paciente para decidir aquello que constituye un beneficio para él o ella:

Si la beneficencia es un principio moral general (y lo es), y si los médicos están posicionados para proporcionar muchas formas de beneficio (y lo están), entonces no hay una razón manifiesta para atar las manos o los deberes de los médicos al único beneficio de la curación. Los pacientes y la sociedad pueden, con buenas razones, considerar la cirugía estética, las terapias del sueño, la asistencia en la reproducción, el asesoramiento genético, los cuidados paliativos, el suicidio asistido por un médico, el aborto, la esterilización y otras áreas reales o potenciales de la

¹⁰ Esto no implica que la afectación de las mujeres comprueba que existe una normalidad biológica, sino al contrario: que existe una diversidad tan amplia que se refleja en la diversidad de las afecciones derivadas del uso de AH que describiremos más adelante. Una diversidad biológica que es sometida a concepciones estandarizadas y esencializadas para su tratamiento.

práctica médica como beneficios importantes que sólo los médicos pueden brindar de manera segura y eficiente (Beauchamp 2001, p. 603).

Boorse y Beauchamps coinciden en que la biomedicina no tiene obligaciones con objetivos específicos y delimitados moralmente, lo que implica que una alteración fisiológica orientada a la consecución de objetivos sociales (como la anticoncepción) no supone un problema mayor. Las ideas sobre el mejor interés del paciente y la beneficencia podrían coincidir, al menos parcialmente, en que la medicina debe ayudar al paciente a alcanzar sus objetivos, incluso si estos no están orientados a una promoción de la salud en términos meramente biológicos. De este modo, una situación en la que el paciente pretenda alcanzar un objetivo particular que demanda una intervención médica no orientada a la salud podría estar motivada o justificada a razón de una necesidad psicológica o social.

La aceptación de las dimensiones no biológicas como parte integral del individuo y como primordiales para las decisiones sobre intervenciones médicas ha sido muy popular desde la propuesta del *bienestar biopsicosocial* que, de la mano de la crítica al modelo biomédico, formuló Engel en 1977. El autor destaca las limitaciones del modelo biomédico para establecer la salud y propone su ideal de bienestar que integra a la ecuación restringida de lo biológico, las dimensiones psicológica y social como elementos indispensables para asumir una idea de salud completa (Engel 1977). Pues, como señala Lane, “es obvio que los factores biológicos, psicológicos y sociales están en realidad integrados y que la medicina biopsicosocial busca dilucidar esta realidad” (Lane 2014, p. 1).

Actualmente, esta concepción es el modelo de salud y enfermedad más aceptado y promovido como *ideal* de la práctica médica e, inclusive, ha sido adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS 2022). Si bien la noción ha sido criticada por las ambiciones de sus objetivos, que para algunos resultan poco realistas¹¹, es destacable que, como ideal, ha cumplido con el propósito de mejorar las aspiraciones biomédicas centradas únicamente en lo biológico.

¹¹ “La mayoría de las críticas a la definición de la OMS se refieren al carácter absoluto de la palabra ‘completo’ en relación con el bienestar. El primer problema es que contribuye sin querer a la medicalización de la sociedad. El requisito de una salud completa “nos dejaría a la mayoría de nosotros enfermos la mayor parte del tiempo”.

Uno de los argumentos que la concepción biopsicosocial ha desarrollado para defender la necesidad de una comprensión holística de la enfermedad ha sido que las interacciones y afecciones son recíprocas entre sus diferentes dimensiones, por lo que desligarlas o ignorar unas y otorgar protagonismo a otras no es conveniente (Lane 2014). Las tres dimensiones se conciben para hacer inteligible la cuestión de la salud y no para conservar separaciones artificiales entre ellas (Engel 1977). Por ello, en virtud de la facilidad explicativa, conservarlas como una triada es muy útil.

Esta amplitud entraña una mayor complejidad para la comprensión de los fenómenos que afectan la salud de las personas y, por ello, los múltiples factores de su constitución pueden enfrentarnos a situaciones en las que alguna dimensión del bienestar biopsicosocial entre en conflicto con otra(s). Boorse ha reconocido que es normal que algunos objetivos de la medicina choquen. De manera que se vean enfrentados, por ejemplo, los objetivos de *curar* con el de *prevenir* enfermedades (Boorse 2016).

El uso de los AH es un caso problemático para la idea de bienestar biopsicosocial ya que algunas personas que los usan con motivo de evitar un embarazo pueden resultar afectadas negativamente a causa de la alteración fisiológica que suponen. Esto plantea un enfrentamiento entre el objetivo de evitar el embarazo y el de evitar la enfermedad. Esta situación exhibe que el primer objetivo puede ser incompatible con el segundo, y no necesariamente porque los objetivos –que apuntan todos a un bienestar biopsicosocial– rivalicen, sino porque los mecanismos biomédicos para alcanzar ambos de manera simultánea, son insuficientes.

Las aspiraciones al bienestar biopsicosocial en materia de reproducción involucran a personas presumiblemente saludables, según los estándares biológicos medibles, en una relación clínica y consumo farmacológico que, paradójicamente, tienen el potencial de alterar el bienestar biopsicosocial pues, al alterar el funcionamiento habitual del organismo, el AH no sólo logra el objetivo de la infertilidad deseada, sino que potencia, en quienes lo usan, la posibilidad de padecer efectos secundarios.

Esto constituye una *vulnerabilidad fisiológica inducida* que puede reflejarse en la larga lista de efectos adversos, como retención de líquido, cefaleas y migraña, náuseas, vómito, ingurgitación e hipersensibilidad mamaria, irritabilidad, menorragia, amenorrea, aumento de peso, pigmentación cutánea, tromboflebitis, acné, depresión, disminución de la libido, hirsutismo, etcétera (Lugones, Quintana, & Cruz 1997). Efectos más serios incluyen coágulos de

sangre, problemas de vesícula biliar, ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares (Drugwatch 2022). Aún se desconoce la totalidad de los efectos adversos de los AH, así lo denuncian Plutzer y Kerschbaum (2014) en un estudio sobre el funcionamiento y efectos secundarios ocasionados a nivel neuronal y cognitivo, cuyas consecuencias se manifiestan en cambios de la personalidad, capacidad cognitiva y subdesarrollo neuronal en adolescentes.¹²

La evidencia más sólida sobre las afecciones por efectos secundarios son las demandas a compañías farmacéuticas. Holly Grigg-Spall explica cómo, en el año 2012, Bayer enfrentó 10000 demandas de mujeres que habían tomado las pastillas *Yaz* y *Yasmin* y de familiares que denunciaron la muerte de mujeres por su consumo. Muchas de las involucradas eran mujeres sanas (Grigg-Spall 2013). También en ese año la compañía acumuló demandas por su dispositivo intrauterino *Mirena*, que provocó riesgos mortales por embarazo ectópico, perforación del útero, migración del dispositivo y enfermedad inflamatoria pélvica, además de problemas emocionales y físicos. Para el 2019 Bayer había resuelto más de 19.000 demandas (Grigg-Spall, 2013); *Merck & Co.* resolvió, en 2014, cerca de 2000 demandas sobre su implante anticonceptivo *NuvaRing* (anillo vaginal), en las que se alegaron lesiones graves y muertes por coágulos de sangre, ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares (Drugwatch 2022).

En contraste con la cantidad de mujeres que usan AH en todo el mundo¹³, la cantidad de denuncias puede parecer escasas y aparentar un riesgo menor. Sin embargo, a partir de ellas es posible suponer que las demandas son la punta del iceberg de un problema cuyas magnitudes no se alcanzan a vislumbrar, pues es razonable considerar que las demandas sólo reflejan las condiciones de existencia de mujeres que disponen de los recursos en materia de asesoramiento médico y jurídico necesarios para poder advertir la correlación entre el uso de AH y el efecto secundario para discernir responsabilidades legales

¹² Pese a que el AH es un fármaco usado por millones de mujeres, el estudio de Plutzer y Kerschbaum denuncia la ausencia de investigaciones neurocientíficas precedentes asociadas a los AHs.

¹³ De acuerdo con la ONU, en 2019 se contabilizaron 1900 millones de mujeres en edad reproductiva (entre los 15 y los 49 años) en el mundo, de las cuales 1100 millones son usuarias de anticonceptivos, entre éstas 842 millones usan métodos anticonceptivos modernos. Según este informe, los métodos más usados son, en primer lugar, la esterilización; en segundo, el condón masculino y; en tercero, la píldora anticonceptiva. Sin embargo, si consideramos la sumatoria de los anticonceptivos de base hormonal como un conjunto (anillos, parches, implante subdérmico), éstos resultan el mecanismo contraceptivo más usado en todo el mundo, sumando más de 248 millones de usuarias de AH, sin contar las que reciben hormonas por medio del DIU, pues la institución afirma que 159 millones de mujeres usan DIU, pero no especifica cuantos son de cobre y cuantos hormonales (ONU 2019).

y tomar acción. Es posible, además, que muchas otras mujeres no logren *evidenciar* la correlación de sus síntomas con el uso de AH, o que se ignoren las quejas de las mujeres que presentan síntomas no reconocidos por la evidencia científica como asociados al uso del AH o como graves.¹⁴ El problema se agudiza en países donde no existen los mecanismos básicos en materia sanitaria y legal para denunciar estas afecciones. La falta de investigación y de datos sobre la cantidad las mujeres que realmente son afectadas, no sólo en riesgo de muerte, sino en su calidad de vida, invisibiliza un gran problema de salud pública.

A la luz de lo expuesto, podemos suponer que una parte de las mujeres que atienden las recomendaciones contraceptivas basadas en hormonas se ven expuestas a un consumo farmacológico sostenido en el tiempo,¹⁵ con un exponencial riesgo de padecer efectos secundarios que no sólo implican un comprometimiento de la salud fisiológica que potencia el riesgo de muerte, sino de un declive de la calidad de vida que no puede interpretarse como bienestar biopsicosocial. Por el contrario, nos encontramos ante una situación de *vulnerabilidad biopsicosocial*.

A continuación, problematizaremos la noción de vulnerabilidad, con la finalidad de caracterizar la vulnerabilidad biopsicosocial de la que hablamos.

3. Vulnerabilidad biopsicosocial

Aunque algunas concepciones de *vulnerabilidad en la salud* la asocian con la *posibilidad de ser dañado* (Boldt 2019) que, en principio incluye tanto a *pacientes enfermos como no enfermos*, el desarrollo del concepto aparece mayormente vinculado a la enfermedad o la disfunción manifiesta y no tanto a la posibilidad de su desarrollo. Así se puede apreciar en el siguiente fragmento de Boldt:

La vulnerabilidad es un fenómeno omnipresente en el cuidado de la salud. La vida de algunos pacientes depende de una atención altamente tecnologizada, otros

¹⁴ Por ejemplo, en 1969 aparecieron activistas por la salud de las mujeres que protestaron por no tomar en cuenta la experiencia de mujeres que realmente habían usado la píldora y sufrieron como resultado una gran depresión, coágulos de sangre y muchas otras enfermedades. Las experiencias de muchas mujeres fueron descartadas a favor de la evidencia científica proporcionada por los representantes masculinos de las empresas farmacéuticas. A la fecha podemos encontrar en foros virtuales experiencias anecdóticas de pacientes de AH que denuncian el descarte de sus síntomas y experiencias en las consultas médicas (Grigg-Spall 2013).

¹⁵ Los problemas de salud pueden aparecer después de un año o cinco años de uso, debido a que a veces se desarrollan por un efecto de acumulación. La inexactitud en la aparición de cualquier sintomatología puede dificultar que la mujer correlacione el uso de AH con los efectos negativos.

se enfrentan a diagnósticos graves y la perspectiva de una vida futura con enfermedades crónicas, y otros se enfrentan a terapias que prometen una cura pero que también pueden causar efectos adversos graves (Boldt 2019, p. 1).

La razón a la que podríamos atribuir esta tendencia es a que, posiblemente, se practique una forma tradicionalista¹⁶ de la medicina a partir de un *habitus*¹⁷ que concibe una práctica en la que la relación clínica está constituida por la dupla médico (o alguna autoridad del modelo biomédico)-paciente, este último *necesariamente enfermo*, lo cual implica ignorar que en la realidad biomédica se efectúan tratamientos y procedimientos a personas *sanas*. Otra posible razón para no relacionar la vulnerabilidad con los pacientes no enfermos puede ser el presupuesto de que los tratamientos y procedimientos biomédicos son seguros para la salud, por lo que se ignoren sistemáticamente posibles evidencias en su contra.

En breve, la asociación de la vulnerabilidad de la salud con una condición manifiesta de enfermedad expone una generalización de la figura del paciente que oculta la posibilidad de la vulnerabilidad del *paciente no enfermo* (como la paciente de AH). La idea de *vulnerabilidad* en la biomedicina podría explorarse con mayor detenimiento en *pacientes no enfermos* desde una perspectiva con enfoque en los aspectos relacionales.

Judith Butler ha defendido la idea de la vulnerabilidad como una cuestión intrínsecamente humana, que “enfatisa nuestro humano encarnado común e igualmente susceptible al sufrimiento” (Mackenzie, Rogers, & Dodds 2013,

¹⁶ Algunos pensadores tradicionalistas como Pellegrino, dice Beauchamp, insisten “en que una moral médica interna debe ser fiel al verdadero fin de la medicina: curar (...) los médicos pueden tener objetivos o propósitos en la práctica médica que no están vinculados formalmente al verdadero fin de la medicina, pero también ve estos objetivos como externos. Las ejecuciones ordenadas por el estado, los abortos, las evaluaciones psiquiátricas forenses, las autopsias, las circuncisiones y el racionamiento de los sistemas de soporte vital en las UCI presumiblemente serían ejemplos” (Beauchamp 2001, p. 602).

¹⁷ Según la síntesis de Capdevielle, “Bourdieu define al *habitus* como el sistema de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predisuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente y sin ser el producto de la obediencia a reglas, y, a la vez que todo esto, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta” (Capdevielle 2011, p. 34). Desde un enfoque orientado a la práctica médica, “el *habitus* médico da lugar a un sentido práctico propio del campo, es decir, a una práctica cotidiana espontánea, casi intuitiva, pre consciente (debido a su determinación social de origen), que permite la realización permanente de conductas eficaces para los fines del campo” (Castro 2014, p. 173)

p. 6). Aunque Butler no concibe la vulnerabilidad como una situación negativa o debilitante, sino como una que nos iguala como humanos y que hace que unos dependamos de otros (Butler 2006), también enfatiza que comprender la vulnerabilidad implica considerar el contexto social y las relaciones que atraviesan e inducen a que unos grupos de personas sean más vulnerables que otros:

tanto como la 'vulnerabilidad' se puede afirmar como una condición existencial, ya que todos estamos sujetos a accidentes, enfermedades y ataques que pueden borrar nuestras vidas con bastante rapidez, también es una condición socialmente inducida, que da cuenta de la exposición desproporcionada al sufrimiento, especialmente entre aquellos que en términos generales se denominan precariados, para quienes el acceso a la vivienda, la alimentación y la atención médica a menudo se ve drásticamente limitado (Butler 2016, p. 25).

Condiciones de vulnerabilidad como la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, pueden ser socialmente inducidas y, por lo tanto, una perspectiva *relacional* destaca como eje de interés para comprender la vulnerabilidad humana y la interdependencia que tenemos unos con otros.

Si bien en el fragmento citado Butler asocia la vulnerabilidad a la precariedad y a la falta de accesos, producto de desigualdades sociales, la diversidad de las relaciones de interdependencia entraña una multiplicidad de formas de inducir a vulnerabilidades que excede la cuestión del acceso. Por ejemplo, en un escenario en el que las mujeres han superado la barrera del acceso a los AH, es posible considerar un tipo particular de interdependencia que estas mujeres establecen con el modelo biomédico y que las puede conducir a situaciones de vulnerabilidad. Me refiero a una interdependencia de carácter epistémico en la que se promueve la toma de decisiones y ejercicios de la agencia individual basada en los recursos epistémicos (y éticos) proveídos por figuras de autoridad epistémica, de tal forma que se generan relaciones de *dependencia epistémica* que conducen el curso de las decisiones humanas, incluyendo las de la salud y la gestión del propio cuerpo.

La trascendencia de las relaciones de dependencia epistémica es que son parte del proceso racional por medio del cual nos movemos en el mundo y tomamos decisiones derivadas de creencias cuyas justificaciones nos son imposibles de obtener de primera mano (Hardwig 1985). Esta imposibilidad sustenta nuestra necesidad de creer en otros (Zagzebski 2012).

Nuestra necesidad de depender epistémicamente encuentra mayor estabilidad cuando tenemos *buenas razones (razones epistémicas)* para creer en ciertos agentes y no en otros, como las autoridades epistémicas socialmente legitimadas. Estas relaciones de dependencia epistémica basada en agentes se caracterizan porque una persona depende de otra, o de un sistema de creencias (como el biomédico en este caso), porque tiene buenas razones (Broncano, 2020) para creer que una persona (como el médico) o autoridad epistémica se encuentra en una posición epistémicamente superior (Wagenknecht, 2016). El reconocimiento de una posición epistémica superior implica que, desde un punto de vista racional, se está *justificado* en ceder (al menos parcialmente) a esa autoridad el propio juicio o parte de él. En casos como estos la vulnerabilidad es sutil, y consiste en comprometer buena parte de nuestras decisiones y posibilidades agenciales tanto epistémicas como prácticas.

Este compromiso asumido, consentido y necesario para nuestra existencia, plantea inquietudes como ¿hasta dónde es posible decidir sobre el propio cuerpo cuando esas decisiones dependen de los entramados epistémicos especializados con los que nos relacionamos? ¿Qué tipo de vulnerabilidades pueden derivarse de la dependencia con modelos de salud que albergan contradicciones que alejan a una comunidad específica (como las mujeres) de los ideales de salud que ellos mismos han trazado? ¿Qué vulnerabilidades aceptamos ubicarnos en una relación clínica prolongada? ¿Advierte la mujer que elige los AH como opción contraceptiva de que al hacerlo se convierte en una potencial paciente y las vulnerabilidades adicionales que supone esta condición para su bienestar biopsicosocial?

En el apartado anterior describimos algunas de las contradicciones que se estructuran en las lógicas de los modelos biomédico y biopsicosocial, pero no hemos abordado la contradicción que atañe directamente a las mujeres que usan AH, en el marco de las relaciones de interdependencia con el modelo biomédico.

4. Antinomias o contradicciones del modelo biomédico ante las mujeres que consumen AH

Dos soluciones posibles a la situación de vulnerabilidad fisiológica inducida por los AH implican un falso dilema construido desde los discursos de la biomedicina vigente. La primera consistiría simplemente en declinar de su uso y, la segunda, en elegir alternativas no hormonales. La primera opción implica, en la jerga médica, un *riesgo de embarazo* que, aunque desde la biomedicina

no es conceptualizado exactamente como una enfermedad, sí se percibe como un evento diagnosticable que requiere atención médica (Boorse 2016). Miller, Brody y Chung, citados por Boorse, lo sintetizan de la siguiente manera:

Aunque no es una enfermedad ni un mal, el embarazo es una condición que en nuestra sociedad pone a las mujeres bajo atención médica. El embarazo no deseado puede entenderse como una discapacidad que interfiere con la capacidad de la mujer para funcionar normalmente en la vida social. Esto sugiere la conclusión de que la anticoncepción promueve la salud de la mujer (Boorse 2016, p. 163).

Esta idea del embarazo como obstáculo para el desarrollo de una vida normal es apoyada por autores como Brygger Venø, Jarbøl, & Pedersen (2021) y Deems (2020) que se han enfocado en explorar la asociación del embarazo con dificultades fisiológicas y emocionales. Si bien estos enfoques son útiles para comprender y atender las diferentes necesidades que puedan surgir durante el embarazo, también contribuyen a construir una narrativa que clasifica la posibilidad de embarazo como una vulnerabilidad reproductiva que debe prevenirse por medio de anticonceptivos. En breve, la *vulnerabilidad fisiológica inducida* es propuesta por el modelo biomédico como un mecanismo de acción o solución para evitar vulnerabilidades a causa del embarazo.

La alternativa que invita a decidirse por una opción contraceptiva no hormonal puede ser difícil si se toma en consideración el peso de los discursos de las autoridades epistémicas del modelo biomédico (desde la relación clínica a la investigación científica), que categorizan a esas opciones como menos seguras y eficaces para prevenir el riesgo de embarazo. Después de exponer la condición del embarazo como una gran vulnerabilidad, el temor a un fallo en su prevención puede desanimar el uso de alternativas al AH.

Esa situación presenta conflictos para alcanzar el bienestar biopsicosocial debido a que cada decisión o acción disponible conlleva potenciales repercusiones negativas para alguna de las dimensiones que componen lo biopsicosocial, coloca a la persona en una situación disyuntiva que podría denominarse *vulnerabilidad biopsicosocial*. La particularidad de esta vulnerabilidad no es sólo que los objetivos de una de las dimensiones de la triada biopsicosocial se opongan a los objetivos de otra, sino que las posibilidades de agencia se encuentran fuertemente limitadas a las opciones problemáticas de un modelo biomédico del cual dependemos y en el cual confiamos epistémicamente.

Vulnerabilidad fisiológica Está asociada al impacto fisiológico a causa de la intervención farmacológica por AH que altera el funcionamiento reproduc-

tivo de las mujeres y, con ello, puede provocar una perturbación fisiológica diversa que dé cabida a la experimentación de efectos adversos. La vulnerabilidad fisiológica se encuentra conceptualmente más cercana a una concepción biologicista de la vulnerabilidad, en la que la persona vulnerable es aquella que está enferma o en peligro de estarlo. Es cercana a una noción de vulnerabilidad por enfermedad.

En el caso concreto de los AH es posible particularizar la vulnerabilidad fisiológica como una *vulnerabilidad fisiológica inducida*, pues, aunque la vulnerabilidad es condición de la existencia humana, especialmente al entorno (Boldt 2019), lo habitual es tratar de evitarla o reducirla, especialmente cuando —dentro de una relación clínica— se identifica una causal de vulnerabilidad (medioambiental, trabajos peligrosos, cercanía a sustancias tóxicas, etcétera). Pero, dado que el uso de AH es avalado y recomendado por la práctica biomédica actual, podemos afirmar que la vulnerabilidad fisiológica que produce el uso de AH es inducida.

La promoción de los AH no sólo conlleva una importante contradicción con respecto a los ideales de la noción de salud biopsicosocial, sino que, además, supone una forma específica de vulnerabilidad fisiológica que se dirige exclusivamente muchas mujeres. El hecho de que esta vulnerabilidad sea una posibilidad única para las mujeres señala una importante convergencia con las desigualdades sociales y de género existentes, a las cuales esta vulnerabilidad fisiológica se suma o bien, es producto de estas. En todo caso, la vulnerabilidad fisiológica inducida representa un riesgo adicional para la vida de muchas mujeres

Vulnerabilidad psicológica Su comprensión requiere superar las relaciones tradicionalmente dicotómicas materiales-sociales, individuales-colectivas, mente-cuerpo, por lo que establecer una causa precisa de ésta puede ser complicado.

La vulnerabilidad psicológica por el uso de AH no debe comprenderse únicamente desde la perspectiva biomédica que usualmente atribuye causas fisiológicas a las afecciones psicológicas, sino que puede ser más importante reflexionar sobre la situación de estar encarnada en un contexto de enfermedad (Riddle 1997), o de alteraciones y sintomatología diversas, y las implicaciones psicológicas que tal encarnación pueda suponer para las pacientes de AH que experimenten los efectos negativos de su uso.

Por otro lado, la psicología de las pacientes de AH también puede resultar comprometida al experimentar las presiones sociales que su contexto inme-

diato demanda sobre sus cuerpos y reproducción, por lo que la vulnerabilidad psicológica también depende, en gran medida, de su vulnerabilidad social.

Vulnerabilidad social Responde a una gran multiplicidad de factores sociales que atraviesan la experiencia de la mujer que consume AH. La vulnerabilidad social para este caso puede constituirse en dos formas distintas pero complementarias. La primera es derivada de la experimentación de efectos adversos que impactan tanto la fisiología como la psicología de quien los consume y, por lo tanto, también la forma en que estas personas interactúan y experimentan el mundo. Es posible que, por ejemplo, los efectos secundarios emocionales como la depresión y la ansiedad transformen sustancialmente las relaciones sociales de las pacientes de AH.

Una segunda forma está constituida por las vulnerabilidades que se configuran en el mundo social cuando se encauzan las disposiciones de las personas a prácticas concretas, como lo es una anticoncepción específicamente hormonal. Dentro del complejo biopsicosocial, lo social constituye la dimensión en la que las interacciones con los demás, la cultura y el entorno social tienen el potencial de afectar la salud. Para el caso de los AH, son innumerables las variables sociales que atraviesan esta práctica, como la diversidad de accesos, la educación, la economía, la situación geográfica, entre otras. En el espacio de lo social tienen cabida los recursos doxásticos que, a modo de discursos socialmente circulantes, respaldan el uso de AH y disponen a la acción.

Algunos discursos influyentes se suscitan en el marco de relaciones de dependencia epistémica donde instituciones y autoridades epistémicas tienen las facultades cognitivas y, en ocasiones, también prácticas, para dirigir el curso de acciones sociales importantes. Para abordar el uso de los AH, la relación de dependencia epistémica más relevante es la que sostienen las pacientes de AH con el modelo biomédico, pues éstas tienen razones importantes para creer en las recomendaciones procedentes de la biomedicina y en las narrativas que ésta construye en torno a la reproducción, el embarazo y la anticoncepción, por lo que en una relación de dependencia epistémica las pacientes son vulnerables a incorporar cualquier recomendación de la biomedicina.

Una forma de representar las relaciones presentadas puede observarse en el siguiente esquema:

La vulnerabilidad biopsicosocial, surgida de la dependencia del paciente dentro del marco del modelo biomédico, representa solo una manifestación práctica de una dimensión más abstracta y amplia que podemos denominar *vulnerabilidad epistémica*. Esta última se refiere a la imposibilidad de tomar

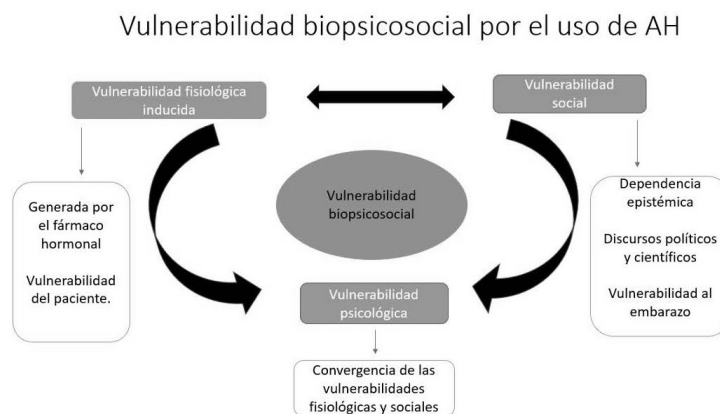


Figura 1: Vulnerabilidad biopsicosocial por el uso de AH. Elaboración propia.

decisiones en situaciones de ignorancia (producidas o involuntarias) y asimetrías epistémicas en la gestión de la evidencia que respalda el uso de ciertas intervenciones médicas.

Estas vulnerabilidades producidas en un contexto biomédico y en relación exclusiva con las mujeres, no implican una pasividad o disminución de su capacidad de agencia. De hecho, a pesar de enfrentar distintas formas de vulnerabilidad, las mujeres han tomado decisiones en condiciones donde han tenido que lidiar con situaciones que afectan su salud y su autonomía reproductiva.

Además, las mujeres han creado espacios de resistencia ante las condiciones materiales y discursivas de los actuales métodos hormonales, aunque aún son insuficientes, menos accesibles y efectivas que las alternativas hormonales disponibles; y, ante la situación de la anticoncepción hormonal que hemos presentado, reiteramos la necesidad de incorporar personas diversas a las investigaciones científicas esta necesidad como urgente para el desarrollo de métodos contraceptivos efectivos y seguros para las mujeres; así como la creación de espacios para la discusión y la acción en torno a la corresponsabilidad reproductiva y la justa redistribución de la gestión reproductiva humana.

Acciones como las mencionadas muestran algunas posibilidades para transformar las condiciones de vulnerabilidad en una capacidad para crear espacios, tomar decisiones y actuar en favor del beneficio propio. Por lo tanto, estas posibilidades de acción, aun escasas pero existentes, son un elemento

neural para la transformación, de las condiciones materiales para la contracepción, pero también de las construcciones discursivas y etiquetas identitarias usualmente asociados a las mujeres en situaciones de vulnerabilidad.

A la luz de lo dicho, podemos considerar que, si bien Brown sostiene que la formulación de derechos para comunidades concretas, como las mujeres, arrastra consigo significaciones que revictimizan y construyen identidades y las atan a significaciones no deseadas (como mujer = vulnerable) a modo de paradoja inexorable, proponemos que desde las acciones como el activismo, las revisiones rigurosas sobre los discursos hegemónicos y las posibilidades de cambio en las prácticas contraceptivas, se entraña un gran potencial tanto para la transformación de las condiciones biopsicosociales, como para el desplazamiento de las significaciones habitualmente asociadas a la vida sexual y reproductiva de las mujeres y, en consecuencia, a la manera en que se formulen sus derechos.

5. Conclusiones

La *vulnerabilidad biopsicosocial* que pueden enfrentar las pacientes de AH es un fenómeno generado por el modelo biomédico que las coloca en una posible dificultad para alcanzar el bienestar biopsicosocial que, en otras palabras, significa una desventaja para afrontar una existencia en el bienestar.

El uso de AH puede no ser compatible con la idea de bienestar biopsicosocial, a razón de la alta probabilidad de que los diversos objetivos entrañados en sus dimensiones eventualmente puedan rivalizar entre sí. La encrucijada que pueden enfrentar algunas pacientes de AH sobre la elección entre lo biológico, lo psicológico y lo social, las ubica en una posición de inaccesibilidad al ideal de salud.

Colocar la lupa sobre los AH no debe interpretarse como un intento de desvalorizar o desconocer los beneficios que, de forma tanto individual como colectiva, se han obtenido de su uso, sino, por el contrario, percatarnos de sus grandes beneficios nos lleva a aspirar a altos estándares de eficacia contraceptiva, pero no a cualquier costo. Es importante trabajar en corregir las debilidades que poseen los AH, de modo que su uso sea seguro y no comprometa ninguna esfera del ideal de salud al que todas aspiramos y, por otro lado, hacer más equitativo el coste de la responsabilidad de la no reproducción.

A partir del recorrido que hemos realizado, podemos concluir que la práctica contraceptiva a través de medios hormonales requiere mayor investigación por sus importantes efectos en el complejo biopsicosocial de muchas mujeres.

La tendencia a asociar la vulnerabilidad del paciente a la enfermedad, patología o disfunción manifiestas, así como a factores ambientales externos y endógenos, invisibiliza las vulnerabilidades que enfrentan los pacientes no enfermos al recibir tratamientos o procedimientos producidos por la biomedicina, como la anticoncepción hormonal. A esta vulnerabilidad podemos llamarla *vulnerabilidad biopsicosocial*, pues es producida por las prácticas derivadas de los marcos epistémicos y éticos que tienen el potencial para afectar el complejo biopsicosocial de quienes consumen anticonceptivos hormonales.

Referencias

- Albery, I., & Munafó, M., (2008), *In Key concepts in health psychology*, Sage, Londres.
- Bailey, B., (1997), “Prescribing the Pill: Politics, Culture, and the Sexual Revolution in America’s Heartland”, *Journal of Social History*, pp. 827-856.
- Beauchamp, T., (2001), “Internal and External Standards for Medical Morality”, *The Journal of Medicine and Philosophy*, 26(6), pp. 601–619.
- Boldt, J., (2019), “The concept of vulnerability in medical ethics and philosophy”, *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, 14(6).
- Bolton, D., (2022), “Looking forward to a decade of the biopsychosocial model”, *BJPsych Bulletin*, 46(4), pp. 228-232.
- Boorse, C., (2014), “A Second Rebuttal On Health”, *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 39(6), pp. 683–724.
- Boorse, C., (2016), “Goals of Medicine”, en *Naturalism in the Philosophy of Health*, pp. 145–177).
- Broncano, F., (2020), “A taxonomy of types of epistemic dependence: introduction to the Synthese special issue on epistemic dependence”, *Synthese*, vol. 197, pp. 2745-2763.
- Brown, W., (2017), “Brown, Wendy”, en T. P. Tullio, *Política Fuera de Serie: Ensayos de Antropología Política*, Godot, Buenos Aires, pp. 113-134.
- , (2020), “Los derechos como paradojas”, (Anabella Di Tullio y Romina Smiraglia (Trads.) Las Torres de Lucca. *Revista Internacional de Filosofía Política*, 9(17), pp. 243-261, Obtenido de <https://revistas.ucm.es/index.php/LTDL/article/view/75159>
- Brygger Venø, L., Jarbøl, D., & Pedersen, L., (2021), “General practitioners’ perceived indicators of vulnerability in pregnancy- A qualitative interview study”, *BMC Family Practice*, 22(135).
- Butler, J., (2006), *Vida precaria: El poder del duelo y la violencia*, Paidós, Barcelona.
- , (2016), “Rethinking Vulnerability and Resistance”, en J. Butler, Z. Gambetti, & L. Sabsay, *In Vulnerability in Resistance*, Duke University Press, Durham and London, pp. 12-27.

- Capdevielle, J., (2011), "El concepto de habitus: Con Bourdieu y contra Bourdieu". *Revista andaluza de ciencias sociales*, (10), pp. 31-45.
- Castro, R. (2014), "Énesis y práctica del habitus médico autoritario en México", *Revista mexicana de sociología*, 76(2), pp. 167-197.
- Clarke, A., (1998), "Disciplining Reproduction: Modernity, American Life Sciences, and the Problems of Sex", University of California Press, Berkeley.
- Cuevas, T., (2014), "Contracepción y feminidades: un análisis de la resistencia a la pastilla", *Revista de Ciencias Sociales*, 1(143), 141-155.
- Deems, N., & Leuner, B., (2020), "Pregnancy, postpartum and parity: Resilience and vulnerability in brain health and disease". *Frontiers in Neuroendocrinology*, 57, Drugwatch, (11 de noviembre de 2022), *Drugwatch.com*.
Obtenido de <https://www.drugwatch.com/nuvaring/lawsuits/>
- Engel, G., (1977), "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine", *Science*, 196(4286), pp. 129-136.
- Farre, A., & Rapley, T., (2017), "The New Old (and Old New) Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness", *Healthcare* (Basel), 5(4). doi:doi: 10.3390/healthcare5040088
- Feito, L., (2007), "Vulnerabilidad", *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(7), pp. 7-22.
- Grigg-Spall, H., (2013), *Sweetening the pill or How we got hooked on hormonal birth control*, Winchester-Whashington, Zero Books.
- Hardwig, J., (1985), Epistemic Dependence, *The Journal of Philosophy*, 82(7), pp. 335-349.
- Herrero, S., (2020), "La Farmacología del Cuidado: Una aproximación deductiva cuidológica desde el paradigma de la salud y el modelo de Avedis Donabedian", *Ene*. [online], 2019, vol.13, n.4, 1348, Epub 01 de Junio.
- Huber, M., Knottnerus, A., Green, L., Horst, H., Jadad, A., Kromhout, D., (2011), "How should we define health?", *British Medical Journal*, 343.
- Jutte, R., (2008), *Contraception: A history*, Polity Press, Malden.
- Lane, R. (2014). "Is it possible to bridge the Biopsychosocial and Biomedical models?", *BioPsychoSocial Medicine*, 8(3).
- Lipsey, R., Carlaw, K., & Bekar, C., (2005), *Economic Transformations. General purpose technologies and long term economic growth*, Oxford, Nueva York.
- Lorenzo, P., (2019), "Introducción", en P. Lorenzo, A. Moreno, J. Leza, L. I, M. Moro, & A. Portoles, Velázquez, *Farmacología Básica y Clínica*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Bogotá, Caracas, Madrid, México, Porto Alegre, pp. 6-13.
- Lugones, M., Quintana, T., & Cruz, Y., (1997), "Anticoncepción hormonal. Integral". *Revista Cubana de Medicina General*, 13(1).
- Mackenzie, C., Rogers, W., & Dodds, S., (2013.), "Introduction", en M. Nussbaum, & J. Glover, *Vulnerability: New Essays in Ethics and Feminist Philosophy*, Cambridge University Press, Cambridge, UK, pp. 1-29.

- Marks, L., (2001), *Sexual chemistry. A history of the contraceptive pill*, Yale University Press, New Haven and London.
- McMyler, B., (2011), *Testimony, trust, and authority*, Oxford University Press, Oxford.
- Mehta, N., (2011), “Mind-body Dualism: A critique from a Health Perspective”, *Mens Sana Monographs*, pp. 202-209.
- O’Donnell, R., (2016), The Politics of Natural Knowing: Contraceptive Plant Properties in the Caribbean, *Journal of International Women’s Studies*, 17(3), pp. 58-79.
- OMS, (2022), *Cosntitución de la Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- ONU, (2019), *Contraceptive use by method*. Recuperado el 13 de 11 de 2022, de United Nations: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_contraceptiveusebymethod_databooklet.pdf
- Oudshoorn, N., (2005), *Beyond the Natural Body an archeology of sex hormones*, Routledge, London and New York.
- Pletzer, B., & Kerschbaum, H., (2014), “50 years of hormonal contraception—time to find out, what it does to our brain”, *Frontiers in neurosciencie*, 8(56).
- Radley, A., (2000), “Health Psychology, Embodiment and the Question of Vulnerability”, *Journal of Health Psychology*, 5(3), pp. 297-304.
- Real Academia Española, (2021), “Vulnerable”, recuperado el 18 de 11 de 2022, de <https://dle.rae.es/vulnerable>
- Riddle, J., (1997), *Eve’s Herbs: a history of contraception and abortion in the West*, Harvard University Press, Harvard.
- Rivera, R., Yacobson, I., & Grimes, D., (1999), “The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices”, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 185(5), pp. 1263–1269.
- Rocca, E., & Anjum, R., (2020), “Complexity, Reductionism and the Biomedical Model”, en R. Anjum, S. Copeland, & E. Rocca, *Rethinking Causality, Complexity and Evidence for the Unique Patient*, Springer, Nueva York, pp. 75-94.
- Ross, L., & Solinger, R., (2017), “Introduction”, en L. Ross, & R. Solinger, *Reproductive Justice: An Introduction*, University of California Press, Berkeley, pp. 1-20.
- Sanz, L., García, M., Tarín, J., & Cano, A., (2015), “ENDOCRINOLOGY IN PREGNANCY: Bone metabolic changes during pregnancy: a period of vulnerability to osteoporosis and fracture”, *European Journal of Endocrinology*, 172(2).
- Sloterdijk, P., (2012), *Has de cambiar tu vida. Sobre antropotécnica*, PRETEXTOS, Valencia.
- Sossauer, L., Schindler, M., & Hurst, S., (2019), “Vulnerability identified in clinical practice: a qualitative analysis”, *BMC Medical Ethics*, 20(87).
- Swinney, D., (2004), “Biochemical mechanisms of drug action: what does it take for success?”, *Nature Reviews Drug Discovery*, 3, pp. 801-808.
- Tomasini, A., (2002), “Russell y Wittgenstein: sobre contradicciones y paradojas”, *Theoría*, pp. 83-99.

- Wagenknecht, S, (2016), *New Directions in the Philosophy of Science. A social epistemology of research groups*, Palgrave Macmillan, Siegen.
- Zagzebski, L., (2012), *Siegen: Epistemic Authority: A Theory of Trust, Authority, and Autonomy in Belief*, Oxford University Press, Oxford.