

Lección Inaugural
Curso Académico 2015-2016

Innovaciones de Género
para la Salud Pública



por
María Teresa Ruiz Cantero

Catedrática de Medicina Preventiva
y Salud Pública



Universidad de Alicante
16 de septiembre de 2015

Lección Inaugural

Curso Académico 2015-2016

U n i v e r s i d a d d e A l i c a n t e



Innovaciones de Género para la Salud Pública

MARÍA TERESA RUIZ CANTERO

CATEDRÁTICA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

“Cuando somos valientes, acertamos”

(Carmen Alborch, en el homenaje a Pedro Zerolo, 2015)

I. Introducción.

Las innovaciones de género en el ámbito de la salud aprovechan el poder creativo del análisis de género para descubrir nuevas perspectivas, plantear nuevas preguntas, y abrir áreas de investigación y aplicación, ampliando la oferta de resultados en productos y servicios para dar respuesta a necesidades y demandas de toda la sociedad.

Las innovaciones de género están contribuyendo a la creación de nuevos conocimientos, ideas, patentes y tecnologías en todo el mundo, y a la apertura de nuevos nichos y oportunidades para los profesionales y los equipos de investigación. Treinta años de investigación han puesto de manifiesto que los sesgos de género son socialmente perjudiciales y costosos, especialmente en el ámbito de la salud. Es el caso de los 10 medicamentos retirados del mercado entre 1997 y 2000 en EE.UU debido a sus efectos mortales y reportado por la US Government Accountability Office en 2001. Ocho de éstos tenían *“mayores riesgos para la salud de las mujeres que para la de los hombres”* (<http://www.gao.gov/>).

Los sesgos de género también conducen a oportunidades de mercado perdidas relacionadas con la salud. En ingeniería, las personas de tamaño pequeño (más frecuente mujeres, algunos hombres, y ancianos) tienen más riesgo de lesiones en accidentes automovilísticos porque los cinturones de seguridad no son igualmente eficaces que para las personas de mayor tamaño, habitualmente hombres. En medicina, no reconocer la osteoporosis como un problema también de los hombres les provoca retrasos diagnósticos y terapéuticos (http://ec.europa.eu/research/science-society/gendered-innovations/index_en.cfm). En la planificación de la ciudad, no tener en cuenta el trabajo de cuidado conduce a sistemas de transporte ineficientes (http://ec.europa.eu/research/science-society/gendered-innovations/index_en.cfm).

La relevancia concedida por instituciones que han apoyado la investigación como la Comisión Europea, o en nuestro país, el Ministerio de Sanidad, la Unidad de Ciencia y Género del Ministerio de Ciencia e Innovación, el Instituto de la Mujer y el Fondo de Investigación Sanitaria han hecho posible el aporte de nuevas piezas de conocimiento al respecto, confirmatorias de una atención sanitaria sesgada en enfermedades graves o frecuentes, como son las cardiovasculares, pulmonares obstructivas crónicas y digestivas, entre otras.

El Grupo de Investigación de Salud Pública de la Universidad de Alicante investiga desde los años 90 con fondos de las instituciones mencionadas, sobre desigualdades de género que afectan de manera desigual a la salud, y cómo ante un mismo

problema o necesidad de salud en ambos sexos, hay un menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico en el caso de que quien padezca sea mujer en comparación con las actuaciones sanitarias mayores y mejores si quien padece es un hombre. Investiga también en el origen de estos sesgos, que transmitidos a través de la formación universitaria, tiene el origen en la generación de conocimiento sesgado desde el punto de vista científico, por no incorporar la perspectiva de género.

2. Desigualdades de género y Desigualdades en salud

En la mayoría de países de renta alta las mujeres viven más años que los hombres. Pero, con peor estado de salud, debido a que sufren más enfermedades crónicas, como son los problemas reumáticos, cardiovasculares y mentales.

Las desigualdades de género en la salud son aquellas que afectan en salud de forma diferente a mujeres y hombres, influidas por la construcción de la identidad femenina y masculina, y la distribución de las tareas productivas remuneradas y reproductivas en la sociedad; así como en el acceso al poder y a los recursos. La denominada socialización de género comienza al nacer y transcurre por las diferentes etapas vitales.

Los gobiernos son responsables de impulsar políticas, y no siendo suficiente las de familia, es preciso que impulsen políticas para garantizar la igualdad de oportunidades el mercado de trabajo y reducir la brecha salarial que persiste entre mujeres y hombres, como se señaló en un estudio realizado en la Universidad de Alicante (1); así como, también son importante políticas de promoción de las mujeres a puestos de decisión, económicos y políticos, y para garantizar una mayor igualdad de género en los usos del tiempo.

El proyecto Europeo SOPHIE coordinado por la Dra. Carme Borrell de la Agencia de salud pública de Barcelona ha evaluado en dos estudios la relación entre las diferentes políticas de familia en Europa y las desigualdades de género en salud (<http://www.sophie-project.eu/index.htm>).

Los países Europeos han sido clasificados según su modelo de política de familia, así, hay países como los nórdicos donde el estado suministra muchos servicios públicos y facilita que hombres y mujeres compartan trabajo dentro y fuera de casa. En los países tradicionales del sur de Europa, los servicios y ayudas son limitados, esto hace que las mujeres se encarguen del cuidado de la familia y tengan un papel secundario en el mercado de trabajo. En los países tradicionales del centro de Europa se destinan más ayudas económicas a las familias, pero la distribución de los diferentes tipos de trabajo entre hombres y mujeres continúa siendo desigual. En los países orientados al mercado como son los anglosajones, se destinan pocos recursos públicos a las familias mientras que en el hogar el hombre tiene el rol de sustentador principal. Finalmente, en los países del este de Europa hay ciertos recursos que permiten que las mujeres tengan una alta participación en el mercado de trabajo aunque mantengan todas las responsabilidades domésticas.

En el proyecto SOPHIE han analizado las desigualdades en la salud percibida entre hombres y mujeres de diferentes países Europeos, encontrando que varían según el tipo de política de familia del país. En los países del sur de Europa la probabilidad de las mujeres de tener mala salud es un 27% mayor que la de los hombres, un 13% en los países del centro, y un 8% en los países del este. En el resto de tipologías no se detectan desigualdades. La explicación más obvia es que en los países

tradicionales, en concreto los del sur de Europa, hay pocos servicios de ayudas públicas para atención a la infancia y a la gente mayor; y su cuidado recae en las familias, principalmente las mujeres.

Los resultados muestran también que las mujeres tienen peor salud mental que los hombres, diferencia que es más marcada en los países orientados al mercado y del sur que en otras tipologías.

En un contexto de fuertes desigualdades de género en el mercado de trabajo y donde las familias tienen que pagar por los servicios que necesitan, la carga de combinar el trabajo remunerado y las responsabilidades familiares puede resultar en una pobre salud mental en las mujeres, más que en los hombres.

El Proyecto SOPHIE ha encontrado desigualdades en salud entre hombres y mujeres, siendo las mujeres las que muestran peores indicadores de salud. Y concluye que estas desigualdades podrían disminuir con políticas adecuadas, como por ejemplo el aumento de la oferta de servicios públicos para la infancia y la gente mayor, la igualdad de sueldos y de condiciones laborales para hombres y mujeres, y una mayor presencia de las mujeres en los lugares de toma de decisiones.

3. ¿Qué diferencias existen entre sexo y género?

Los términos sexo y género a menudo se intercambian erróneamente en la ciencia. Diferenciarlos es importante en términos de resultados en salud, pues más allá de un principio filosófico, es una cuestión empírica, por la relevancia del impacto de las diversas combinaciones de género y sexo para la pérdida de la salud (2).

La introducción del término “*Gender*” en Inglés en la década de 1970 dentro del ámbito de la ciencia fue realizada como una alternativa al término “*sexo*”, expresamente para contrarrestar el determinismo biológico implícito y a menudo explícito desplegado por la misma. Se pretendía ayudar a aclarar los debates en los que participaban académicos y activistas juntos, acerca de si las diferencias observadas entre hombres y mujeres en los roles sociales, sus funciones y conductas y el estado de salud no reproductiva se debían a diferencias biológicas supuestamente innatas (“*Sexo*”) o a las convenciones ligadas a la cultura sobre las normas y los valores para, y relaciones entre mujeres y hombres (“*género*”). Para expresar las ideas y cuestiones en juego, el término ‘*sexo*’ ya no fue suficiente (3,4).

Por lo tanto, el significado de “*género*” (derivado del término latino ‘*Generare*’, engendrar) se amplió pasando de ser una técnica gramatical (en referencia a si los nombres en latín y lenguas relacionadas eran “*masculino*” o “*femenino*”) a un término de análisis social. Por el contrario, el significado de “*sexo*” (derivado del término latino *secus* o *sexus*, en referencia a “*la sección masculina o femenina de la humanidad*”) pasa de un término que describe distinciones entre las mujeres y los hombres, refiriéndose a grupos definidos por la biología de la reproducción sexual (o, en el sentido de “*tener sexo*”), a las interacciones que implican biología sexual (5-7).

4. ¿Qué implica observar desde la perspectiva de género?

La aplicación de la perspectiva de género se puede adoptar a partir de los sistemas de género, que son el conjunto de estructuras socioeconómicas y políticas que mantienen los roles tradicionales masculino y femenino, y lo clásicamente atribuido

a hombres y mujeres. Además, indican cómo una sociedad estructura las relaciones de género y cómo las transmite a todos los ámbitos de la vida social, dentro de una dinámica social que da prioridad y refuerza determinados (8).

Los sistemas de género establecen tres niveles de observación desde los que se caracteriza al género como (9): 1. Base de los valores normativos (identidad social de género), 2. Un principio organizador de la estructura social (posición social de las mujeres y los hombres), y 3. Un componente de la identidad (10-12).

1. La identidad social de género se constituye a partir de los patrones sociales asociados a características aparentes, corpóreas y visibles proyectadas sobre los grupos sociales, en concreto, el de las mujeres y los hombres. Responde a lo que se considera femenino y masculino en una sociedad (13,14).

2. El género también se puede entender como principio organizador de la estructura social mediante el cual las actividades de mujeres y hombres en una sociedad están segregadas en función de su sexo (15).

La división sexual del trabajo debe entenderse no sólo como un reparto de tareas, sino como un indicador (y producto) de las desigualdades sociales entre sexos. En este nivel de observación se incluyen los estudios sobre la posición de las mujeres y los hombres en las sociedades, el acceso a los recursos y la distribución de éstos.

Se incluyen los análisis que consideran el género como un criterio de estratificación social, como los relacionados con el trabajo reproductivo (cuidados y doméstico) y remunerado, la doble jornada o la segregación del mercado laboral (16).

Destacan 3 escenarios en los que hay un reparto de tareas por sexo, mediante los que se pueden observar los efectos de la división sexual del trabajo: vida familiar-doméstica-personal o privada, vida profesional laboral o pública, e interacción de ambas vidas, con sus implicaciones en la distribución del tiempo y la sobrecarga de trabajo.

3. El género como componente de la identidad individual (10-12) hace referencia al sentido que las personas tienen de sí mismas frente a la identidad social, que son las categorizaciones de las personas efectuadas por los otros (17).

5. ¿Qué y cómo son los sesgos de género en la práctica de la Medicina?

En 1993 fue publicada la definición de sesgo de género en la práctica profesional de la medicina, como la diferencia en el tratamiento médico de hombres y mujeres, el impacto del cual puede ser positivo, negativo o neutro (18).

Se publicó dado el interés suscitado por un artículo publicado en *N Engl J Med* en 1991 (19), en el que se detectaba un sesgo de género en la realización de angiografías coronarias a partir de un estudio realizado en 30.000 pacientes ingresados en el Hospital de Harvard y 30.000 en el Hospital de New Haven por síndrome coronario agudo. De cada 100 pacientes ingresados se realizaba coronariografías a 18 pacientes blancos, 14 no blancos, 9,4 mujeres blancas y 8,6 mujeres no blancas. Las diferencias entre los 4 grupos eran significativas a igual edad, gravedad y co-morbilidad. Esta evidencia de desigualdad en el trato de las mujeres blancas y las mujeres y hombres no blancos supuso una alarma en la literatura científica, pues es su 1ª causa de muerte en Europa y EE.UU, pero debido a la idea de que es una enfermedad principalmente masculina, y a que los estándares clínicos se crearon en base a la pato-fisiología de los hombres, la enfermedad isquémica cardíaca en las mujeres es infra-diagnosticada o mal diagnosticada. El resultado es un incremento consistentemente demostrado de una tasa de

letalidad hospitalaria por infarto mayor en mujeres que hombres. A partir de aquí se siguió una línea de investigación sobre los sesgos de género en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico aún muy activa.

Para este problema, la cardióloga Bernadine Healy, primera directora del NIH en EE.UU, acuñó en 1991 el término síndrome de Yentl (20). Lo que hizo fue un parangón entre el tema de la bien conocida película “*Yentl*”, en la que una mujer judía asume la apariencia de un hombre con el fin de entrar a la Sinagoga y estudiar los textos religiosos sagrados. Esencialmente, B Healy usó este papel para explicar que a menos que una mujer muestre los mismos síntomas que un hombre, no será admitida con la misma probabilidad en el hospital para recibir un diagnóstico y tratamiento apropiado. Desafortunadamente, los síntomas precoces de las mujeres pueden diferir de los de los hombres.

Lo que entonces se pudo entender como una ausencia de conocimiento en los profesionales de la medicina, en la actualidad ya no lo es, pues se conoce la fisiopatología de los problemas cardíacos a diferentes edades y sexo; pese a lo cual los sesgos de género son demostrados reiteradamente. Tanto, que casi 25 años después distintas sociedades de cardiología como la norteamericana o la de salud cardíaca de las mujeres siguen reconociendo y vindicando que desafortunadamente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardíacas están sesgados y que estos sesgos están “*vivitos y coleando*” (21).

Estos sesgos se producen por una creencia errónea de que los hombres y las mujeres son iguales en la manifestación de signos y síntomas precoces y tardíos de las enfermedades, iguales respondiendo a los tratamientos, y en sus pronósticos, cuando de hecho no se comportan de la misma forma, y que llevan a no detectar el problema de salud en uno de los sexos, en este caso, en perjuicio de las mujeres (22-24).

Quiero destacar también el caso de los ensayos clínicos. La Food and Drugs Administration de los EE.UU. publicó en 1994 unas recomendaciones para el estudio y evaluación de las diferencias por sexo y de género en los ensayos clínicos de fármacos, pues la mayoría de los ensayos clínicos se realizaban, y desafortunadamente se realizan con muestras de hombres, infiriendo sus resultados a las mujeres. Esto es mala ciencia, pues en la medida que la fisiología de las mujeres es diferente a la de los hombres es fácil deducir que la respuesta a los fármacos sea diferente. Tanto los ensayos de fármacos sintomáticos como curativos no contienen un tamaño de la muestra de mujeres proporcional al volumen de consumidoras, ni se realizan análisis estratificados por sexo de las características evaluadas, como la eficacia, tolerancia, seguridad o efectos secundarios de los fármacos (25). La Agencia Europea del Medicamento es renuente a elaborar recomendaciones al respecto aún en este momento, y desde el punto de vista crítico que la ciencia debe mantener, podríamos afirmar que esto es un caso paradigmático de mala ciencia, pues en la medida que la fisiología de las mujeres es diferente es fácil deducir que la respuesta a los fármacos sea también diferente (26).

Alternativamente, se originan sesgos de género por una creencia errónea de que hombres y mujeres son diferentes en la frecuencia, gravedad y forma de cursar las enfermedades. Es el caso de la mayor prescripción y, por tanto, consumo de fármacos psicotrópicos en mujeres, explicada por la literatura científica por la mayor prevalencia de depresión y ansiedad en mujeres que en hombres, porque las mujeres al quejarse inducen la prescripción más que los hombres, porque los médicos tienden a

prescribir fármacos para síntomas depresivos de baja intensidad a mujeres más que a hombres; pero también porque los médicos atribuyen a factores psicológicos, más fácilmente en mujeres que en hombres, lo que son síntomas físicos de presentación atípica. Con respecto a los sesgos de género en la investigación y la atención sanitaria a problemas de salud propios de las mujeres, es importante subrayar algunos factores que apuntan a la hiper-medicalización; tales como las “*ectomias*” y la terapia hormonal sustitutiva (THS) en la menopausia.

Desde finales de la década de 1930 la relación entre las hormonas y el cáncer de mama ha sido bien documentada. En la década de 1950, la seguridad de THS para las mujeres durante la menopausia fue puesta en duda por la comunidad científica, pero el éxito comercial era muy grande. Fue anunciado como el “*elixir de la juventud*”. En 1975, la revista *The New England Journal of Medicine* publicó un artículo que mostraba la relación entre la terapia de estrógeno y el cáncer endometrial. Por lo que por aquel entonces, las compañías farmacéuticas presentaron la primera terapia hormonal combinada como la alternativa segura (27). Como es conocido, en 2002, the Women Health Initiative publicó un artículo en *The Journal of American Medical Association* sobre la relación entre la THS y el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, y como resultado sus ventas experimentaron un fuerte descenso en el mundo de habla Inglés. El tratamiento de los bochornos, sofocos, sudores nocturnos y/o escalofríos no es inocuo (28). Sin embargo, no fue hasta 2004 que la Agencia Española del Medicamento restringió su uso en nuestro país.

6. Los sesgos de género en la divulgación científica

Una mención especial que se centra en la divulgación científica, sus bondades pero también sus sesgos de género y posicionamientos interesados fuera de contexto. Un estudio realizado por el Grupo de Investigación de Salud Pública de la Universidad de Alicante evidenció que ninguno de los ocho fármacos más vendidos en 2008 para la THS cumple con los códigos de buenas prácticas sobre información y promoción de productos farmacéuticos de la UE Fármacos que se prescriben para el tratamiento de ciertos síntomas vasomotores -las famosas caloradas- padecidos por algunas mujeres en la menopausia. Además, constató que al margen de las páginas oficiales, los foros y páginas Web no corporativas promocionan fármacos para la THS. Estos espacios contienen errores relacionados con el espectro de usos terapéuticos de la THS, se fundamentan escasamente en la evidencia y promocionan farmacias online. Además, contrariamente a la prohibición acordada por la Unión Europea, en España se comercializa THS desde farmacias online con sede social en países donde su venta es alegal como las Islas Seychelles o ilegal como en Reino Unido (29).

I. El fármaco como solución a un problema que no existe

La divulgación científica tiene la suficiente importancia en el ámbito de la salud pública y desde perspectiva de género como para ser mencionada en esta lección. Desde comienzos del siglo XXI, profesionales de todo el mundo han publicado artículos en revistas de factor de impacto como reacción contra los intereses ilegítimos de las compañías farmacéuticas. Estos artículos, que hacen referencia al concepto *diseases mongering*, pretenden que se conozcan los efectos terapéuticos reales de los nuevos fármacos y buscan como objetivo principal la defensa de la salud de los usuarios de medicamentos. También los editores de

las revistas científicas de mayor impacto, los profesionales y responsables de la salud pública española e internacional son conscientes del reto que supone limitar los efectos adversos de las estrategias agresivas de promoción de fármacos.

La promoción de enfermedades con fines mercantiles -llamada en la literatura científica internacional *Diseases mongering*. Se define como el trabajo de expansión de las compañías farmacéuticas, que utilizan como estrategia la ampliación del número de enfermedades y enfermos/as, más allá de lo que la evidencia científica puede justificar. El fin es lograr que crezcan los mercados para el beneficio de quienes venden y distribuyen medicamentos, pero puede actuar en detrimento de las personas al volver en pacientes a quienes están sanos/as, causar daño iatrogénico -provocado por los medicamentos- y desaprovechar recursos valiosos (30).

¿La disfunción eréctil es realmente un problema que afecta al hombre de edad adulta? ¿Un Lexatin es el mejor remedio para un ataque de nervios? ¿La osteoporosis es una enfermedad? Parecería que sí a tenor de los anuncios farmacéuticos.

En un contexto global y cada vez más fragmentado -el de la sociedad de la información-, los médicos y los pacientes reales y los inducidos son cada día más dependientes del flujo de información publicada y publicitada. Las ideas que tenemos sobre las enfermedades y los tratamientos en Medicina han sido influidas por los departamentos de marketing de las empresas farmacéuticas.

El análisis desde la perspectiva de género de la publicidad de fármacos en las estrategias de marketing ha mostrado que tienen como objetivos tanto a la comunidad médica como a los consumidores, y muy frecuentemente a las consumidoras. La práctica demuestra que en su intento por incrementar las ventas, la información que se ofrece no siempre es neutral.

Las estrategias de marketing operan en una doble dirección: por una parte simplifican los mensajes haciendo asequibles informaciones que requerirían un conocimiento más sofisticado universalizando el conocimiento; por otro, se convierten en jueces y parte al ser los principales anunciantes, es decir, el principal soporte financiero de las revistas médicas. De este modo, pasan a ser uno de los más importantes filtros del conocimiento médico por ese control indirecto que ejercen sobre el medio. Tanto a través del mensaje como del medio, actúan como un agente socializador en la construcción social de enfermedades. El capítulo destinado al marketing farmacéutico supone una de las partidas de mayor gasto de las compañías propietarias de los fármacos. Para influir en las percepciones y las decisiones de los profesionales, en múltiples ocasiones se utilizan datos sesgados o parciales relacionados con los beneficios derivados de ciertas propiedades de los fármacos. Frecuentemente, la publicidad no está basada en referencias científicas, sino que reflejan conclusiones más positivas de los ensayos clínicos financiados por las farmacéuticas debido a las interpretaciones sesgadas de sus resultados.

Cabe destacar algunas de las estrategias: Campañas basadas en la defensa de una serie de “*fármacos para los estilos de vida*”, como los productos de adelgazamiento. Otra de las estrategias consiste en redefinir la enfermedad según el resultado de una prueba, como la que mide la densidad mineral ósea, para identificar la existencia de fragilidad ósea propia de la edad,

también llamada osteoporosis. La osteoporosis no es una enfermedad, sino uno de los factores de riesgo de fractura ósea, y su prevención no necesita tratamiento en la mayoría de los casos.

Otra forma de *diseases mongering* consiste en inflar la frecuencia de las enfermedades. Se muestran síntomas y problemas poco frecuentes como epidemias, re-enmarcando la prevalencia estimada de una enfermedad en muestras de sujetos concretos dentro del ámbito poblacional. Un ejemplo es el caso de la disfunción eréctil, en el que fármacos destinados a hombres de edad elevada y con problemas concretos están siendo promocionados para poblaciones de jóvenes y sanos.

Otra estrategia es la de promocionar tratamientos para problemas de baja y media intensidad como indicios de enfermedades más graves. Así sucede en el caso del colon irritable o en trastornos de salud mental. Existen evidencias de la elevada prescripción de antidepresivos en mujeres y en ancianos para síndromes depresivos, además de para la depresión diagnosticada.

2. Enfermedades sociales

Los planes pasan también por extender los límites de lo tratable a través de la introducción de nuevos diagnósticos. Un ejemplo es el de la fobia social diagnosticada con frecuencia en países desarrollados, que sin embargo, en la mayoría de las ocasiones son problemas personales y sociales difíciles de distinguir, y que acaban siendo valorados como problemas médicos. Es decir, este tipo de estrategia consiste en hacer ver procesos normales de la vida como trastornos de la salud, como es el caso de la caída del cabello.

La promoción de fármacos como una solución de primera línea para problemas que previamente no se consideraban médicos, como los problemas de conducta de los niños en el aula o los problemas de relaciones sexuales pasa por ser otro de los aspectos en los que inciden los profesionales del marketing.

La popularización de terapias para el padecimiento de dolores y el cansancio -también llamado fatiga crónica-, ciertas alergias, la promoción de cosméticos para convencer de la importancia de la belleza, la promoción excesiva de mamografías, la minimización de riesgos en la cirugía estética, el tratamiento de insomnio y de la hiperactividad de los niños; o los síndromes pre-enfermedad como la etiqueta de pre-diabetes, son algunos casos más en los que se sospecha que tanto las compañías farmacéuticas como los profesionales sanitarios -en la medida en que toman las decisiones terapéuticas- actúan de manera interesada.

Sir Muir Gray, Director of the National Knowledge Service y responsable de la National Library for Health, dijo que en el siglo XXI, el conocimiento es el elemento clave para mejorar la salud. De la misma forma que la gente necesita el agua limpia y clara para lavarse las manos, los profesionales y los consumidores tienen derecho a un conocimiento limpio y claro con el que tomar decisiones. No obstante, llamaba la atención acerca de que el agua puede parecer transparente, pero estar contaminada y envenenada, así como la información farmacéutica.

7. Innovaciones de género en el ámbito de la salud. Ilustrando con el ejemplo

Las innovaciones género estimulan la ciencia y la tecnología responsables con las cuestiones de género, mejorando así la calidad de vida de mujeres y hombres en todo el mundo. Parten de la perspectiva y el análisis de género como herramientas para una actitud comprensiva y compleja de nuestro entorno, y también como un medio para visibilizar el conocimiento, las habilidades,

trabajos y funciones que realizan las mujeres sin las cuales el funcionamiento de la sociedad no sería posible (http://ec.europa.eu/research/science-society/gendered-innovations/index_en.cfm). Pretenden agregar valor:

- A la investigación y la ingeniería, garantizando la excelencia y la calidad en los resultados y la mejora de la sostenibilidad.
- A la sociedad al hacer la investigación más sensible a las necesidades sociales.
- Al negocio mediante el desarrollo de nuevas ideas, patentes y tecnología.

En el ámbito de la Biomedicina, la comprensión de las diferencias por sexo en la pato-fisiología de enfermedades, y la mejora de los test diagnósticos en cuanto a su sensibilidad, especificidad y capacidad de predicción, como se ha demostrado en el infarto agudo de miocardio, el cáncer colo-rectal, o las Espondiloartropatías, resulta en una disminución de la mortalidad y morbilidad, por su efecto en la disminución del retraso diagnóstico y el incremento de la calidad y la equidad sanitarias, además de un ahorro en sufrimiento y costes al sector público.

Algunos casos ejemplarizantes fuera del área de la Biomedicina y Ciencias de la Salud con influencia en la salud, incluidos en la Web de gendered innovation son los siguientes:

Caso 1. La población mundial envejecerá dramáticamente para 2050, lo que incrementará las necesidades de atención de servicios sanitarios ambulatorios, cuidadores informales, compañías de seguros y sistemas sociales. Desde las innovaciones de género se están planteando tecnologías de asistencia y apoyo según las diferentes necesidades de hombres y mujeres (http://ec.europa.eu/research/science-society/gendered-innovations/index_en.cfm).

Caso 2. Los modelos del cuerpo humano se basaron en la antropometría del percentil 50 en hombres europeos y norteamericanos, excluyendo personas significativamente más grandes, o pequeñas como las mujeres y las personas ancianas. Conscientes de este sesgo, actualmente se está desarrollando un modelo de tórax humano aplicable a la mayoría de mujeres y hombres, cuyo valor añadido potencial es su utilización para: 1. Estudiar los efectos de la edad y la menopausia en la arquitectura torácica ósea. 2. Modelar el tejido mamario y 3. Incluir poblaciones geográficamente diversas (http://ec.europa.eu/research/science-society/gendered-innovations/index_en.cfm).

Caso 3. En los cinturones de seguridad convencionales no caben correctamente las mujeres embarazadas, y los accidentes automovilísticos son la principal causa de muerte fetal relacionado con el trauma materno. Con más de 13 millones de mujeres embarazadas solo en Europa y EE.UU cada año, el uso del cinturón de seguridad durante el embarazo es una de las principales preocupaciones de seguridad. Por lo tanto, se plantea la necesidad de: 1. Establecer la norma para mujeres y para hombres con el fin de que los cinturones sean diseñados para la seguridad de amplias poblaciones. 2. Desarrollar maniqués embarazadas y simulaciones por ordenador (http://ec.europa.eu/research/science-society/gendered-innovations/index_en.cfm).

Caso 4. La vida cotidiana de hombres y mujeres es diferente. La de las mujeres es más compleja, ya que se responsabiliza del trabajo productivo y reproductivo, lo que se traduce en una movilidad cotidiana diferenciada. Los sistemas de transporte público están diseñados en torno a las necesidades de quienes viajan entre los hogares y los lugares de trabajo. La movilidad

asociada al trabajo de cuidados en general no se ha considerado en el diseño del transporte. Las innovaciones de género proponen mejorar las políticas de transporte, atendiendo a las diferencias en los viajes de hombres y mujeres, que ha llevado al concepto de “viajes encadenados”, con ramificaciones para el diseño de sistemas de transporte público (http://ec.europa.eu/research/science-society/gendered-innovations/index_en.cfm).

Son múltiples las iniciativas con tecnologías de la información y comunicación que se están creando, modelos de colaboración masiva basada en el voluntariado que utilizan y ponen a disposición herramientas que permiten mapear información en regiones concretas de todo el mundo, y que ayudan a las mujeres.

Caso 5. HarassMap. Una app creada con el objetivo de hacer las calles de Egipto más seguras para las mujeres. Es una iniciativa lanzada en 2010 en Egipto basada de un grupo de voluntarios/as con la misión de involucrar a toda la sociedad egipcia para crear un ambiente de tolerancia cero hacia el acoso sexual. Se realiza mediante el uso de un enfoque integrado que combina la tecnología en línea y móvil, investigación y campañas de comunicación de masas para disipar mitos y estereotipos sobre el acoso sexual y percepciones que culpabilizan a las víctimas que simpatizan con los acosadores, y movilización comunitaria cuando vean que suceda; todo ello sobre el terreno en 23 provincias de todo Egipto. Utilizando diversas fuentes de información como los SMS y línea de acoso sexual y asalto se muestra a la gente la escala del problema en el “*HarassMap*.” La meta es hacer el acoso y asalto sexual socialmente inaceptable y difícil de llevar a cabo; esto, desalentar la conducta de acoso y prevenir este importante problema de salud pública (<http://harassmap.org/en/>).

Caso 6. Ushahidi, combina activismo social, periodismo ciudadano y nuevas tecnologías de información geo-espacial. Se ha utilizado para informar casos de violencia de género (<http://open.org.kh/en/using-ushahidi-and-women-web-portal-gender-based-violence-reporting#.VYKLfIle8A>).

Caso 7. Merece la pena destacar la página Web de ignite por contener múltiples proyectos relacionados con tecnología y género relacionados directa o indirectamente con la salud (<http://ignite.globalfundforwomen.org>):

1. Changemakers, sobre proyectos que mejoran y/o promueven el uso de tecnologías para la igualdad de género, que contiene: Plataformas online para que puedan realizar denuncias víctimas de violencia de género (Armenia), Empresas que ayudan a la inserción de las mujeres en el mercado laboral. (Nigeria), Aplicación del ACCT: Programa de actuación sobre el tráfico de personas. (Argentina), Uso de herramientas como redes sociales y otras aplicaciones para conseguir el mapeo de las agresiones sexuales (Pakistán) y uso de móviles para comunicarse con I@s matron@s. (Timor-Leste)

2. Geeks, herramientas digitales: Páginas Web y aplicaciones para móviles que permiten que las mujeres puedan localizar lugares seguros. Destaca el proyecto Venus, que es una página Web que permite realizar preguntas de manera segura a adolescentes de India sobre salud sexual, las Apps: Não Me Calo, que también es una red social que permite valorar bares y restaurantes con respecto a la seguridad de las mujeres en los mismos. Pravati, con información de emergencia y lugares seguros donde acceder y poder escapar de situaciones de violencia de género o abusos sexuales. Py Girls Taiwan, donde se pueden ver mapeados los

lugares donde se producen más agresiones sexuales, y Talk it out, que permite la comunicación entre adolescentes para evitar situaciones de bullying.

3. Líderesas, sobre mujeres que impulsan proyectos como el de Guías que usan vehículos ecológicos (Botswana) y Centro de información de mujeres (Georgia), 4. Creativas, mezcla entre arte y ciencia, y 5. Visionarias, con entrevistas sobre proyectos llevados a cabo o desarrollados.

Solo un 15% de mujeres se encuentra en la lista Forbes de las 100 personas más ricas de España en 2015, el mismo 15% es la cifra de mujeres catedráticas en nuestro país, una investigadora por cada 10 investigadores ha sido galardonada en Europa en la última edición de las Advanced Grants del Consejo Europeo de Investigación, y en España solo una investigadora por cada 13 investigadores han conseguido este apoyo financiero. Esta realidad indica que pese al incremento sostenido del nivel de educación de las mujeres por encima del de los hombres desde 1995, las medidas de acción positiva en beneficio de las mujeres aún se necesitan, pues además de contribuir a la justicia, contribuirá a contar con un capital social ya reconocido en el ámbito internacional como se ha ido mostrando en los casos antes mencionados, y que también existe en España y en nuestra propia CC.AA.

La Comisión Europea ha integrado las dimensiones de género en sus nuevos programas marco de investigación Horizonte 2020. Uno de sus instrumentos políticos es la Recomendación sobre Género, Ciencia e Innovación, a desarrollar en los Estados miembros (31). En este contexto de la política europea, desde sus organismos se considera importante trabajar para alcanzar objetivos directa o indirectamente relacionados con la salud que las instituciones deben poner en marcha, como:

- 1) La promoción de la carrera profesional de las mujeres en la ciencia y la tecnología mediante cambios estructurales de las instituciones, como recomienda Comisión Europea, para la difusión de la investigación y la práctica;
- 2) La integración de género en el contenido de la ciencia, la investigación y la tecnología, y en su difusión, y
- 3) La identificación de las dimensiones de género relevantes para el medio ambiente relacionados con el Horizonte 2020.

Con cierta frecuencia se nos pregunta porque la revolución feminista o de género sigue con sus avances y sin embargo la revolución marxista no parece haber alcanzado su meta? La respuesta es objeto de otra lección, aunque sin duda un determinante importante es la formación de las mujeres, la apertura de espacios como las escuelas y universidades, las capacidades y las fuerzas de las mujeres, y su motivación para colarse por las brechas de las organizaciones y los sistemas, si no se les abren las puertas y no son bien recibidas. Queda trabajo, pero ya nunca será como antes, pues sobre la base recordada con gratitud de lo que por nosotras hicieron nuestros antepasados y antepasadas, y contando con la Ley Orgánica para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (32) y con compañeros con voluntad de igualdad y equidad, este mundo merecerá más la pena.

En este marco de innovaciones de género para la salud, de contexto internacional y nacional, concluyo felicitando al Gobierno Autonómico y los Gobiernos Locales recientes y les deseo sabiduría para que tomen decisiones justas, objetivas y basadas en

la evidencia científica. El conocimiento y la calidad profesional que existe en las Universidades pueden ser claves para dar respuesta a las necesidades de los y las ciudadanos/as de la Comunidad Valenciana. El reto está en coordinar la relación entre quienes conocen las alternativas de acciones eficaces, efectivas y eficientes, ya demostradas en otros países, y quienes son responsables de su implementación en los organismos públicos directamente implicados, y en otras instituciones públicas y empresas privadas también implicadas, así como con la propia población. El experimento con tino acompañado de profesionales es un activo por explorar en la función pública española. Valor pues para acompañar las iniciativas de una sociedad imaginativa como es la que habita en la Comunidad Valenciana- los verdaderos activos para la salud y los entornos saludables. Entre ellos, quiero destacar a los Institutos de la Mujer, de Género y/o Unidades de Igualdad que tienen dentro de las Universidades de la Comunidad Valenciana, y fuera de ellas, que segurísimo que como funcionarias públicas que somos estaremos encantadas a su disposición. Estos centros son generadores de conocimiento y saben cómo desarrollar planes, estrategias y buenas prácticas desde la perspectiva de género para el sector público y privado. Este mensaje también se dirige a tomadores de decisión de otros ámbitos, incluido el amplio e importante sector empresarial de nuestra Comunidad.

Y me despido, con una pregunta que a menudo nos hacemos quienes valoramos cambios sociales necesarios, incluidos los que contribuyan a la equidad de género ¿Qué hace que algunas políticas aparezcan como impensables y otras como indispensables?

8. Bibliografía.

1. Carrasco-Portiño M, Ruiz Cantero MT, Fernández Sáez J, Clemente Gómez V, Roca Pérez V. Desigualdades en el desarrollo geopolítico en España 1980-2005. Un determinante estructural de la salud. *Rev Esp Salud Pública* 2010; 84: 13-28.
2. Krieger K. Genders, sexes, and health: what are the connections—and why does it matter? *Int J Epidemiol* 2003; 32: 652-57.
3. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 693-700.
4. Krieger N, Fee E. Man-made medicine and women's health: the biopolitics of sex/gender and race/ethnicity. *Int J Health Serv* 1994; 24: 265-83.
5. Williams R. *Keywords: A Vocabulary of Culture and Society*. Revised Edn. NY: Oxford University Press, 1983.
6. Oudshoorn N. *Beyond the Natural Body: An Archeology of Sex Hormones*. London: Routledge, 1994.
7. Hubbard R. *Constructing sex differences*. In: Hubbard R. *The Politics of Women's Biology*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1990.
8. Comisión Europea. 100 palabras para la igualdad. Glosario de términos relativos a la igualdad entre hombres y mujeres.

- Comisión Europea, Dirección General de Empleo, Relaciones Laborales y Asuntos Sociales; 1998 [consultado 11/07/2015]. Disponible en: http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/index_es.htm
9. Ruiz Cantero MT, Papi Gálvez N, Cabrera Ruiz V, Ruiz Martínez A, Álvarez-Dardet Díaz C. Los sistemas de género y/en la Encuesta Nacional de Salud. *Gac Sanit* 2006; 20: 427-34.
 10. Harding S. *Feminism and methodology: social science issues*. Bloomington: Indiana University Press; 1987.
 11. Harding S. *Whose science, whose knowledge?* Ithaca: Cornell University Press; 1991.
 12. Braidotti R. The uses and abuses of the sex/gender distinction in european feminist practices. En: Griffin G, Braidotti R, editors. *Thinking differently. A reader in European Women's Studies*. London: Zed Book; 2002.
 13. Hirata H, Laborie F, Le Doaré H, Senotier D. *Diccionario crítico del feminismo*. Madrid: Síntesis; 2002.
 14. Shelton B, John D. The division of household labour. *Ann Rev Sociology* 1996; 22: 299-322.
 15. Chafetz JS. *Equidad y género. Una teoría integrada de estabilidad y cambio*. Madrid: Cátedra; 1992.
 16. Kreimer M. Labour market segregation and the gender-based division of labour. *Eur J Women's Studies*. 2004; 11: 223-46.
 17. Byrne A. Developing a sociological model for researching women's self and social identities. *Eur J Women's Studies* 2003; 10: 443-64.
 18. Lenhart Sh. Gender discrimination: A health and career development problem for women physicians. *J Am Med Women Assoc* 1993; 48: 155-9.
 19. Ayanian IZ, Epstein AM. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *N Engl J Med* 1991; 325: 221-5.
 20. Healy B. The Yentl Syndrome. *N Engl J Med* 1991; 325: 274-6.
 21. Bairey Merz CN. The Yentl syndrome is alive and well. *European Heart J* 2011; 32: 1313-5.
 22. Ruiz Cantero MT, Verbrugge LM. A two way view of gender bias in medicine. *J Epidemiol Community Health* 1997; 51: 106-9.
 23. Ruiz-Cantero MT, Verdú-Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit* 2004; 18 (Supl 1): 118-25.
 24. Ruiz-Cantero MT, Vives-Cases C, Artazcoz L, Delgado A, García Calvente MM, Miqueo C, Montero I, Ortiz R, Ronda E, Ruiz I, Valls C. A framework to analyse gender bias in epidemiological Research. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61 (suppl II): ii46-ii53.
 25. Chilet Rosell E, Ruiz Cantero MT, Laguna-Goya N, De Andrés Rodríguez-Trelles F y Grupo de trabajo para el estudio de la inclusión de Mujeres en los Ensayos Clínicos, y análisis de Género de los mismos. Recomendaciones para el estudio y evaluación de las diferencias de género en los ensayos clínicos de fármacos en España. *Med Clin (Barc)* 2010; 135: 130-4.
 26. Ruiz Cantero MT, Pardo MA. European Medicines Agency policies for clinical trials leave women unprotected. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 911-3.
 27. Krieger N, Löwy I, Aronowitz R, Bigby J, Dickersin K, Garner E, Gaudillière JP, Hinestrosa C, Hubbard R, Johnson PA, Missmer SA, Norsigian J, Pearson C, Rosenberg ChE, Rosenberg L, Rosenkrantz BG, Seaman B, Sonnenschein C, Soto AM, Thornton

- J, Weisz G. Hormone replacement therapy, cancer, controversies, and women's health: historical, epidemiological, biological, clinical, and advocacy perspectives. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59: 740-8.
28. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, Jackson RD, Beresford SA, Howard BV, Johnson KC, Kotchen JM, Ockene J; Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288: 321-33.
 29. Chilet-Rosell E, Martín Llaguno M, Ruiz Cantero MT, Alonso-Coello P. Hormone Replacement Therapy advertising: sense and nonsense on the web pages of the best-selling pharmaceuticals in Spain. *BMC Public Health* 2010, 10: 134.
 30. Ruiz-Cantero MT, Cambronero-Saiz B. La metamorfosis de la salud: invención de enfermedades y estrategias de comunicación. *Gac Sanit* 2011; 25: 179-81.
 31. Sánchez de Madariaga I, Ruiz Cantero MT. Oportunidad de integración de la perspectiva de género en investigación e innovación en salud en Europa: red COST genderSTE. *Gac Sanit* 2014; 28: 401-4.
 32. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE» núm. 71, de 23 de marzo de 2007.