

Oñati Socio-Legal Series, v. 2, n. 6 (2012) –Diferencias invisibles: género, drogas y políticas públicas. El enfoque de género en las políticas europeas de drogas
ISSN: 2079-5971

Breve acercamiento a la cuestión género en las políticas europeas sobre alcohol, tabaco y fármacos
(Brief approach to gender matter in European policies on alcohol, tobacco and medicament)

XABIER ARANA*
CRISTINA URIOS*

Arana, X., Urios, C., 2012. Breve acercamiento a la cuestión género en las políticas europeas sobre alcohol, tabaco y fármacos. *Oñati Socio-legal Series* [online], 2 (6), 22-36. Available from: <http://ssrn.com/abstract=2111915>



Abstract

Public policies is the context of analysis chosen in this article. Specifically, the one referring to alcohol, tobacco and medicament. Public policies make an approach towards theoretical settings which raise political debates and practical processes from empirical analysis. The genre perspective-as social construction-points out the visibility of women, the equal participation in institutions, the care of language and transversality. Alcohol, tobacco and medicament are substances which have ,as a common characteristic, the manipulation from powerful and complex economical interests that can, and indeed, do influence both public policies and political profitability. The main point of the article is a warning about some of the consequences of "invisibility" for women.

Key words

Public policies; gender; alcohol; tobacco; medicament

Resumen

Las políticas públicas es el contexto de análisis elegido para abordar este artículo. Específicamente en relación con el tabaco, el alcohol y los fármacos. Las políticas públicas realizan un enfoque hacia posturas teóricas que mantienen el debate político y el proceso práctico de análisis empírico. La perspectiva de género - entendida como construcción social- señala la necesidad de tener presente la visibilidad de la mujer, la participación equitativa en instituciones, el cuidado del lenguaje y la transversalidad. Alcohol, tabaco y fármacos, son sustancias que tienen como característica común, la manipulación de fuertes y complejos intereses

Artículo presentado en el workshop "Diferencias invisibles: género, drogas y políticas públicas. el enfoque de género en las políticas europeas de drogas", celebrado en el Instituto Internacional de Sociología Jurídica de Oñati, el 12 y 13 de mayo del 2011, bajo la coordinación de Xabier Arana (UPV-EHU), Iñaki Markez (Bilbao) y Virginia Montañés (Granada).

* Doctor en Derecho. Investigador Doctor del Instituto Vasco de Criminología (IVAC/KREI). Miembro del Grupo Consolidado de Investigación de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU): Grupo de Investigación en Ciencias Criminológicas (GICCAS). Instituto Vasco de Criminología (IVAC/KREI), Carlos Santamaría Zentroa, Elhuyar Plaza 2, 20018 Donostia-San Sebastián (Spain) xabier.arana@ehu.es.

* Doctora en Derecho. Abogada. Investigadora especialista en cuestiones relacionadas con la aplicación del derecho y la salud. urios2@gmail.com

económicos, que pueden tener y de hecho, tienen influencia, en las políticas públicas y en la rentabilidad política. El énfasis de este artículo se encuentra en advertir sobre algunas de las consecuencias de la "invisibilidad" de las mujeres

Palabras clave

Políticas públicas; género; alcohol; tabaco; fármacos

Índice

1. Introducción	25
2. Alcohol.....	27
2.1. La salud y los problemas sociales	27
2.2. Factores económicos	28
2.3. Factores culturales	28
3. Tabaco	29
4. Fármacos	31
5. Consideraciones finales.....	34
Bibliografía	34

1. Introducción

En primer lugar nuestro trabajo quiere introducir una reflexión en torno al contexto de análisis que se abre en torno al alcohol, el tabaco y los fármacos, el de las políticas públicas. Frente al ámbito de política criminal que ha de abordarse en el tratamiento de las drogas denominadas ilegales, las políticas públicas se abren a marcos teóricos que permiten una ordenación tipológica de las políticas públicas. Y, en este ámbito, intentaremos apuntar en relación con el tema estudiado cómo cabe un análisis empírico de las políticas públicas en tanto en cuanto permiten un primer proceso de definición de problemas y de acceso de cuestiones a la agenda pública de actuación; con posterioridad, un proceso de negociación y, en tercer término, la articulación de escenarios organizativos y de gestión. En este proceso, todos los actores políticos interactúan en función de intereses, ideas y valores ligados a distribuciones cambiantes de poder y con reglas más o menos formalizadas dentro de una clave institucional.

El análisis del ámbito de salud pública lleva inherente la incorporación de la perspectiva de género por cuanto los poderes públicos institucionalizados incorporan una perspectiva de integración transversal de las políticas de género (*gender mainstreaming*) como objetivo prioritario. Todo ello sin olvidar que la política sanitaria constituye (o ha constituido), al menos formalmente, uno de los pilares centrales del Estado de bienestar teniendo 'el derecho a la salud' una carga simbólica contra el que parece no haber cuestionamiento alguno por parte de ninguna ideología política¹.

Hace varias décadas Lowi (1964 y 1972) presentó el modelo de fases o proceso de políticas públicas. Según este autor, inicialmente, se desarrolla un proceso de definición de problemas y de acceso de determinadas cuestiones a la agenda pública de actuación. Posteriormente se desencadena el proceso de negociación entre alternativas de actuación que conduce directamente a la formación de mayorías y a la consiguiente toma de decisiones. Por último, se articulan los escenarios organizativos y de gestión que posibilitan la puesta en práctica de las decisiones tomadas. En el marco de este esquema de proceso, los actores políticos interactúan en función de intereses, ideas y valores, y lo hacen bajo distribuciones cambiantes de recursos de poder y bajo reglas de juego más o menos formalizadas en clave institucional.

En concreto, en el ámbito de la UE las mujeres –y su lucha por la participación- han tenido acceso por la interacción producida entre la Comisión de los derechos de las mujeres en el Parlamento Europeo y la Comisión Europea. Esta Comisión del Parlamento Europeo ha producido análisis que profundizan en la situación de las mujeres en la UE y sea formulado reivindicaciones concretas. La Comisión Europea ha respondido a estos análisis y reivindicaciones elaborando programas de políticas públicas a medio término bajo el principio de igualdad en el tratamiento de las mujeres y los hombres.

En las políticas públicas la perspectiva de género se introduce para paliar las desigualdades entre hombres y mujeres. Los diversos estudios en torno a la perspectiva de género en las políticas públicas hacen hincapié en determinados elementos que deberían estar presentes en los planes directores de las Entidades Públicas para que pudiera hablarse, adecuadamente, de la existencia de la perspectiva de género. Visibilidad de las mujeres, participación paritaria en los diversos organismos, el cuidado del lenguaje de forma que se eluda la tendencia androcentrista y sexista, la transversalidad y cómo se construye socialmente el género.

¹ Una mayor referencia a la cuestión de las políticas públicas y género aparece recogido en el artículo anterior, realizado por Arana, Montañés y Urios (2012).

Por otro lado, en el debate que presentamos ha de apuntarse, creemos que de manera indispensable, a la necesidad de abordar el género como estructura y, en consecuencia, a la trascendencia de que las investigaciones sobre los temas que se abordan en este escrito –alcohol, tabaco y fármacos– adopten o incorporen una perspectiva cualitativa ya que entendemos que es ésta una metodología más sensible al género. En este sentido, y como ejemplo paradigmático, apuntamos una investigación sobre la esperanza de vida (Emslie y Hunt, 2008), esta investigación abordaba las percepciones no especializadas en las diferencias de género en la mortalidad. Como base se utilizaba datos semi-estructurados recogidas en encuestas de 45 hombres y mujeres de dos franjas de edad (nacidos a principios de los 50 y de los 70) en el Reino Unido. Los datos sugerían que la mayoría estaban al tanto de la mayor longevidad de las mujeres respecto de los hombres aunque encontraban difíciles de explicar y la mayoría de las explicaciones apuntaban a factores socioculturales: roles sociales de género, las diferencias en los comportamientos relacionados con la salud de los hombres respecto de las mujeres. Comportamientos relacionados con la salud como ir al médico o beber alcohol se situaban en contextos estructurales más amplios. La mayoría de las encuestadas tendían a concentrarse en los roles reproductivos y de cuidado de las mujeres, mientras que los encuestados tendían a concentrarse en cómo los hombres sufren desventajas en su rol de proveedor.

Antes de introducirnos en el estudio de cómo se ha implementado la perspectiva de género en el ámbito de las políticas públicas en los diferentes ámbitos de alcohol, tabaco y fármacos, entendemos importante la reflexión que muchas investigadoras y profesionales, en este caso normalmente pertenecientes al ámbito de la salud, sobre la invisibilidad del sexo y de la sexualidad. Foucault (1998, p. 95) en su Historia de la sexualidad nos dice, “lo propio de las sociedades modernas no es que hayan obligado al sexo a permanecer en la sombra, sino que ellas se hayan destinado a hablar del sexo siempre, haciéndolo valer, poniéndolo de relieve como *el secreto*. Hace ya varios cientos de años, fue colocado en el centro de una formidable *petición de saber*. Petición doble, pues estamos constreñidos a saber qué pasa con él mientras se sospecha él sabe qué es lo que pasa con nosotros”.

Tanto el alcohol como el tabaco, sobre todo el primero, tienen una larga implantación y tradición en territorio europeo. Sin embargo, desde el s. XIX, coincidiendo con el desarrollo del capitalismo, se observa un cambio cualitativo cuando estas sustancias pasan de ser un valor de uso a un valor de cambio y, como consecuencia, se convierten en mercancías necesitadas de crear y desarrollar mercados capaces de generar beneficios (Olmo 1985). Actualmente, el alcohol y el tabaco son productos muy rentables, se manejan en torno a ellos miles de millones de euros, y muchos miles de puestos de trabajo en la Unión Europea (UE) son generados –directa o indirectamente– por la venta de estos productos.

Entre finales del s. XIX y principios del s. XX se produjo un “gran desarrollo de la industria químico-farmacéutica que, además de crear unas sustancias químicas estabilizadoras del alcohol que permitirán almacenar y transportarlo a grandes distancias, será capaz de sintetizar y recombinar diferentes principios activos y de fabricar drogas en serie” (Romaní 2005, p. 93). Este tipo de industrias también controla la producción de medicamentos (antibióticos, analgésicos, psicofármacos, etc.) (Martí 1980).

En la segunda mitad de los años noventa del s. XX, el negocio de los fármacos llegó a formar parte de los diez principales mercados mundiales (Arana y Vega 1998). La perspectiva económica ha tenido y tiene una gran influencia sobre la industria farmacéutica a la hora de seleccionar los objetivos en materia de patologías a investigar, como a la hora de desarrollar nuevos medicamentos. Una de las características de la sociedad actual es el “mantener un proceso de medicalización, asociado al desarrollo de la industria farmacéutica”. A juicio de Burín (Markez *et al.* 2004, pp. 49-50), entre las grandes consecuencias que ha tenido el mercado

farmacéutico en las personas, destaca, "por un lado, el descubrimiento de nuevas drogas facilitó progresos significativos en la terapéutica de muchas enfermedades; por otro lado, la transformación de los medicamentos en mercancía común dentro el mercado de consumo, hizo que su demanda fuese estimulada artificial e intensivamente, con el resultado de que la nueva tecnología de producción industrial de medicamentos presenta, de manera creciente graves problemas, ya sea respecto a la seguridad y eficacia de los fármacos, ya sea respecto a las prácticas de consumo.

Sustancias derivadas del alcohol y del tabaco, así como los fármacos tienen una característica común: en torno a ellas existe un fuerte complejo empresarial que, en muchas ocasiones disponen de poder suficiente para condicionar las políticas públicas en cada una de estas materias, sobre todo, desde el poderío económico de este tipo de empresas, muchas de ellas multinacionales, y su argumentación basada en los beneficios económicos -directos e indirectos- que generan.

A la hora de abordar las políticas públicas de drogas en el ámbito europeo y la cuestión género, es muy oportuno tener en cuenta las aportaciones llevadas a cabo desde FARAPI (2007, p. 40) sobre los riesgos que conlleva el centrarse excesivamente en las mujeres a la hora de afrontar la cuestión género, sobre todo, porque puede ser una contribución a la "invisibilización y naturalización del comportamiento masculino". Aunque actualmente quienes tienen más problemas por los consumos de alcohol y otras drogas es el género masculino, ello no puede llevar a olvidar que las mujeres "tienen problemas diferentes, contextos diferentes y requieren alternativas diferentes a las de los hombres".

2. Alcohol

En el debate realizado en la cuadragésimo primera sesión del Comité Regional para Europa de la OMS (Lisboa 1991), además de situar al alcohol como "área prioritaria de trabajo", se pidió que se pusieran las bases para la puesta en marcha de un *Plan Europeo de Actuación sobre el Alcohol*. De igual modo, se solicitó que la Oficina regional de la OMS "asumiese un papel de liderazgo sanitario" parecido al desarrollado en el ámbito de la prevención del tabaquismo. Para Ilona Kickbusch (Gil López *et al.* 1995, pp. 362-368), con la puesta en marcha del Plan, se pretendía la creación de "un movimiento europeo concertado y sostenido, que tienda a evitar los riesgos sanitarios y los problemas sociales que representa el consumo de alcohol y mejorar la salud de los europeos mediante la reducción global del consumo de alcohol". Pese a los esfuerzos más o menos inconexos de los Estados miembros de llevar acciones para la prevención del alcoholismo, este Plan fue "el primer esfuerzo concertado" en el marco de la OMS.

El *Plan de Actuación sobre el Alcohol* gira sobre tres consideraciones claves: la salud y los problemas sociales, los factores económicos y, los factores culturales.

2.1. La salud y los problemas sociales

El alcohol es una sustancia que tiene capacidad de crear dependencia y existen muchos problemas de salud² y sociales (violencia de género, maltrato infantil, delitos violentos, accidentes laborales, accidentes de tráfico, etc.) –no sólo de ámbito personal sino también social– relacionados con determinados consumos de sustancias alcohólicas. En el ámbito europeo, se ha estimado que los costos sociales derivados de ese tipo de consumos, está entre un 2 y un 3% del Producto Nacional Bruto.

² Según Anderson y Baumberg (2006), el 7,4% de toda la discapacidad y muerte prematura en la UE está relacionado con el alcohol

Sin embargo, a juicio de Ilona Kickbusch, el consumo moderado de alcohol es una fuente de bienestar y, en determinados supuestos reduce el riesgo de enfermedad cardiaca coronaria para los hombres, no así para las mujeres.

2.2. Factores económicos

En la Unión Europea la producción de vino "mantiene una posición especial como parte de la política agrícola común" (Österberg y Karlsson 2004, citado por Anderson 2007, p. 302). El vino contribuye de una manera reseñable al valor de la producción agrícola de varios países de la Unión Europea, sobre todo, de la cuenca mediterránea. En muchas regiones del sur de Europa, el vino supone el 20% o hasta el 30% del valor de la producción agrícola total. Aunque la tendencia actual en la Unión Europea es de disminución de la producción de vino, hoy en día los viñedos de los países enmarcados en la Unión Europea, representan aproximadamente el 60% de la producción mundial de vino. De igual modo, en la Unión Europea se consume casi el 60% del consumo mundial de vino y es, por tanto, donde se tiene un consumo más elevado de alcohol a nivel mundial.

Gobiernos de algunos Estados miembros de la UE han recurrido a los impuestos aplicados al consumo de bebidas alcohólicas para equilibrar los presupuestos del Estado³ o para financiar la reducción de la jornada laboral⁴.

2.3. Factores culturales

Los consumos de bebidas alcohólicas están muy arraigados en muchas partes de Europa, sobre todo en el sur. Se observa desde determinadas instancias políticas graves contradicciones entre la evidencia científica y las políticas a aplicar. Así, hace unos cuatro años, el Partido Popular en Galicia, consideraba que las condiciones para considerar que droga el vino "ya no se dan". El portavoz parlamentario de ese partido, Manuel Ruiz Rivas, pidió la modificación de la Ley de Drogas de Galicia, aprobada por dicho partido en 1996 y entre las cuestiones que argüía para tal cambio era que "desde la aprobación de la ley estatal de la viña y del vino de 2003, se otorga al vino la consideración de alimento" (Varela 2008, p. 2)

Teniendo en cuenta estas tres consideraciones, para Ilona Kickbusch (Gil López *et al.* 1995, pp. 362-368) el desafío fundamental del *Plan Europeo sobre el Alcohol*, es el crear una estrategia capaz de tener en cuenta estas consideraciones de una manera realista, para ayudar a comprender los beneficios económicos y sociales derivados de la reducción de los consumos de alcohol.

Este Plan identificó cuatro áreas prioritarias para la primera fase de actuación: poner en marcha una política pública saludable, trabajar en colaboración con organizaciones intergubernamentales europeas, reconocimiento de la importancia de la actuación en el ámbito de la comunidad y de los ayuntamientos, y por último, reforzar la actividad en los sistemas sanitarios y de asistencia social, especialmente en la atención primaria de la salud. En los cinco años siguientes al *Plan Europeo sobre el Alcohol*, se pretendía disponer de una política firme de salud pública respecto al alcohol en todos los Estados de la UE y en las organizaciones intergubernamentales, una acción sostenida desde la comunidad contra los daños derivados por los consumos de alcohol y, finalmente, un sector de atención sanitaria mejor formado y más activo. También tenía previsto el seguimiento y la evaluación de dicho Plan para documentar los logros conseguidos y las nuevas necesidades.

³ Empleado por Aznar cuando era presidente del Gobierno (El Diario Vasco 1996, p. 18).

⁴ El Gobierno francés, en vez de emplear fondos de su Seguridad Social, utilizó la subida de impuestos de las bebidas alcohólicas para reducir las retenciones de las empresas que dieran pasos en la reducción de la jornada a 35 horas. (Agencia EFE 1999, p. 40).

Como puede observarse, en las bases de la creación de este Plan, está presente la perspectiva de política de salud pública. Además el Plan estaba previsto que se pusiera en marcha a la vez que el Segundo Plan de Actuación para una Europa Libre de Tabaco y otras actividades relacionadas con la salud pública. Desde entonces hasta la actualidad, varios han sido los Planes realizados y las recomendaciones llevadas a cabo desde las políticas públicas de salud, se han basado en evidencias científicas.

Desde la UE se reconoce la existencia de cuestiones controvertidas relacionadas con el alcohol. Anderson (2007, p. 304), sintetiza la política de los últimos años en la UE sobre el alcohol como "un equilibrio entre las políticas dirigidas hacia la protección y la promoción de la salud pública, por un lado, y las políticas dirigidas hacia la protección de los intereses económicos europeos, por el otro, especialmente los relacionados con el comercio y la agricultura. A largo plazo, si no se corrige este tipo de equilibrio, es probable que la situación será en detrimento del bienestar de los ciudadanos europeos, así como del desarrollo socioeconómico global de la región europea".

La cuestión género aparece recogida en las políticas públicas relativas al alcohol no de una manera destacada. Se menciona a la hora de referirse a los consumos (tanto de hombres como de mujeres) pero, sobre todo, se refiere a la mujer en su condición de gestante y, como consecuencia, por los efectos que pueden tener sobre el feto (OMS 2006). Esta misma publicación, de cara a la cooperación internacional, presenta las necesidades de investigación adicional, donde se reconoce la necesidad de un mayor desarrollo de la investigación sobre los efectos de las intervenciones de la política en materia de alcohol para desarrollar mejor una evaluación integrada de los efectos de esta sustancia sobre la salud. Para ello, reclama que se preste una atención especial a las diferentes poblaciones, según criterios de edad, género y grupos étnicos. No obstante, las políticas públicas en materia de alcohol, no exigen el mismo protagonismo a la cuestión género como las políticas públicas en prevención del tabaquismo.

3. Tabaco

Tras la aprobación en el año 2003 del *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT)*, éste se ha convertido en un referente para la salud pública mundial. Ideado como una respuesta al fenómeno de la globalidad de la epidemia del tabaquismo, consta de un Prefacio, un Preámbulo y diversas partes donde se desarrollan las políticas públicas para hacer frente al fenómeno del tabaquismo a escala mundial. Éste tratado destaca por ser el primero llevado a cabo bajo los auspicios de la OMS, por disponer del mayor respaldo de toda la historia de Naciones Unidas, por basarse en la evidencia científica y por recoger el derecho de todos los seres humanos a gozar del máximo grado de salud que se puede lograr.

El Preámbulo comienza con una referencia expresa para dar prioridad al derecho a proteger la salud pública, posteriormente, afirma que la propagación de la epidemia del tabaquismo es un problema mundial con graves consecuencias sanitarias, sociales, económicas y ambientales. De igual modo sostiene que, en base a evidencias científicas, tanto el consumo de tabaco como la exposición al humo de esta sustancia, son causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad. Considera que los cigarrillos, así como otros productos derivados del tabaco, están diseñados de manera muy sofisticada con el objetivo de crear y mantener la dependencia, y que muchos aditivos u otras sustancias que se le añaden en el proceso de elaboración de los cigarrillos, así como el humo que producen son, desde un punto de vista farmacológico, activos tóxicos, mutágenos y cancerígenos, y que la dependencia se considera un trastorno aparte en las principales clasificaciones internacionales de enfermedades. Constata la preocupación por el fuerte aumento de los consumos de tabaco en personas menores de edad de todo el mundo y por la circunstancia de que se empieza a fumar a edades cada vez más tempranas.

Junto a las cuestiones recogidas en el párrafo anterior, el Preámbulo afronta la cuestión género en relación al tabaco cuando hace mención al incremento del número de mujeres y niñas fumadoras y consumidoras de tabaco, donde tiene presente la necesidad de una plena participación de la mujer en todos los niveles de la formulación y aplicación de políticas, así como la necesidad de estrategias de control del tabaco específicas en función del género. Posteriormente, al destacar la contribución especial de las organizaciones no gubernamentales cita expresamente, entre otras, a las asociaciones de mujeres. Antes de concluir el Preámbulo, el *CMPT* recuerda la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (recogida en la Asamblea General de las Naciones Unidas de diciembre de 1979), en virtud de la cual se establece el compromiso por parte de los Estados de adoptar medidas adecuadas para la eliminación de la discriminación contra las mujeres en el ámbito de la atención médica.

El objetivo del *CMCT* (art. 3) es la protección de las enormes consecuencias (sanitarias, sociales, ambientales y económicas) de los consumos de tabaco y de la exposición al humo de esta sustancia, mediante la proporción de un marco de medidas para conseguir el control del tabaquismo. Cada una de las partes llevará a cabo dichas medidas en su ámbito correspondiente. Entre los principios del *CMCT* destacan (art. 4): información sobre las consecuencias sanitarias, la naturaleza adictiva y la amenaza mortal del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco (incluye la necesidad de aplicar medidas legislativas, ejecutivas, administrativa, etc. para proteger a todas las personas del humo del tabaco), compromiso político (respaldo de medidas multisectoriales integrales, donde se cita expresamente que en la elaboración de estrategias de control del tabaquismo se tengan en cuenta los riesgos relacionados específicamente con la cuestión género), cooperación internacional, asistencia técnica y financiera, y participación de la sociedad civil.

Con la firma del *CMCT* los Estados adquieren el compromiso de obligarse a formular, aplicar, actualizar periódicamente y revisar los planes y programas estatales multisectoriales integrales de control del tabaco, donde se incluye a proteger estas políticas públicas de los intereses comerciales y de otro tipo establecidos por la industria tabaquera (art. 5.3). La estrategia del *CMCT* responde al esquema clásico de intervenir en la reducción de la demanda y de la oferta. Se incluyen en la reducción de la demanda, medidas relacionadas con precios e impuestos, la protección contra la exposición al humo del tabaco, reglamentación del contenido de los productos del tabaco, regulación de la divulgación de información sobre este tipo de productos, empaquetado y etiquetado de productos del tabaco, educación, comunicación, formación y concienciación de la ciudadanía, publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, así como medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y el abandono de los consumos de tabaco. La reducción de la oferta, hace referencia a las siguientes cuestiones: comercio ilícito de productos del tabaco, venta a personas menores de edad y ventas realizadas por estas personas y, finalmente, el apoyo a actividades alternativas económicamente viables.

En resumen, el *CMCT* se enmarca dentro de las políticas públicas de reducción de riesgos y evitación de daños a la hora de hacer frente al fenómeno de la prevención del tabaquismo desde el ámbito de la reducción de la demanda y de la oferta. Como recoge el propio *Prefacio* del *CMCT*, "representa un cambio ejemplar" y "marca una tendencia mundial". Liderado por la OMS, desde la evidencia científica pretende dar respuestas a la globalización de la epidemia del tabaquismo. La perspectiva de género está presente no sólo en la preocupación por el aumento de los consumos de tabaco de mujeres y niñas, y por el interés mostrado por las multinacionales de la industria del tabaco por volcar una parte significativa de sus campañas de promoción y publicidad en las mujeres, sino porque en el *CMCT* se exige la necesidad de una plena participación de las mujeres en todos los niveles de la

formulación y aplicación de las políticas, así como en la necesidad de estrategias de control del tabaco específicas en función del género (Arana 2009).

Desde la mitad de los años sesenta, varios Estados que en la actualidad son parte de la Unión Europea abordaron la prevención del tabaquismo porque se empezó a evidenciar los efectos de los consumos de tabaco sobre las personas consumidoras. La mayor parte de estas iniciativas fueron aisladas, sin coordinación entre las partes y, por tanto, los éxitos fueron muy limitados. En el Consejo Europeo (cebrado en Milán en junio de 1985), a propuesta de los presidentes de Italia y Francia –Craxi y Mitterrand– se hizo una declaración sobre la necesidad de crear un programa europeo de lucha contra el cáncer y, al mismo tiempo, encomendó a la Comisión Europea que hiciera las labores correspondientes para la elaboración de un Plan de acción contra el cáncer. Calvete (2005, p. 521) considera que “es la primera medida importante que la Comunidad tomó en materia de salud pública y en ella se propusieron acciones contra el tabaquismo”. En noviembre de 1988, se celebró en Madrid la *I Conferencia Europea sobre política de tabaco*, donde expertos del todo el planeta intercambiaron experiencias y recursos para concretar una política para crear conciencia sobre el tabaquismo y poner los medios suficientes para reducir los consumos de tabaco.

A finales de la década de los años ochenta ya se tenían datos concretos sobre los efectos en la salud de las personas fumadoras, así, Danzon, director de Comunicación de la Dirección Regional Europea de la OMS, señaló que “el tabaco es el responsable del 90% de los cánceres de pulmón, del 30% de los de vejiga, de un importante porcentaje de los cánceres de boca y vías altas respiratorias; así como del 75% de las bronquitis crónicas, los enfisemas pulmonares y el 25% de los infartos de miocardio” (El Diario Vasco, 1998). A pesar de la contundencia de los datos, Danzon manifestó su preocupación porque “todavía no se tiene conciencia plena, excepto en una pequeña parte de la comunidad acerca de la enormidad del daño que causa”.

Desde el período de la Comunidad Económica Europea hasta la actual Unión Europea se han redactado diversas Recomendaciones y Directivas para promover acciones de protección de la salud y de control del tabaquismo (Comisión de las Comunidades Europeas 2007). En septiembre del año 2002 se pactó la *Estrategia Europea para el Control del Tabaquismo* donde se establece el marco estratégico referencial para el control del tabaquismo. Basado en los tres anteriores *Planes de Actuación para una Europa sin Tabaco* (desde el año 1987 hasta el 2001), las Partes se comprometieron a desarrollar y adoptar el *4ª Plan de Acción para una Europa sin Tabaco*, en base a políticas públicas donde la cuestión género está presente en el ámbito de las labores de prevención (deben centrarse en personas menores de edad, mujeres y colectivos vulnerables) y el otras áreas. Los objetivos y el marco estratégico de este 4º Plan coinciden básicamente con los ya señalados al hacer mención al CMCT. Por tanto, también en el ámbito europeo el CMCT se ha convertido en un referente que señala el rumbo de las políticas públicas en esta materia y, de igual modo, respecto a la cuestión género.

4. Fármacos

Aunque en el fenómeno social de las drogas se ha tendido a “ignorar el género como factor explícito de influencia”, la inclusión de esta perspectiva es muy importante porque permite clarificar “la necesidad de redefinir las políticas de drogas y visualiza(r) las experiencias de las mujeres en sus contextos culturales, diferentes a las de los varones” (Romo 2010, pp. 269-270). Para esta autora, la cuestión género ha puesto de manifiesto cómo las políticas en materia de drogas –centradas básicamente en el estatuto legal de la sustancia– “no han reflejado la problemáticas de las mujeres que consumen drogas y puede que sea uno de los principales motivos de su invisibilización”.

Diversos estudios han puesto de manifiesto que ante un diagnóstico parecido y a similar número de consultas, a las mujeres se les prescribe una mayor cantidad de psicofármacos. 2/3 partes de las prescripciones en materia de psicofármacos (fundamentalmente tranquilizantes menores y antidepresivos) se prescriben a las mujeres. Por tanto, el género es un determinante importante a la hora de prescribir un psicofármaco, aunque también existen otras variables (proceso de envejecimiento, situación económica, psicológica y social, salud física y mental, estrés psíquico y consumos de diversas drogas, entre otras). Todo ello "hace pensar en errores diagnósticos o sesgos de género en el diagnóstico" (Markez *et al.* 2004, pp. 46 y ss.)

Enlazando con lo señalado al inicio de este escrito, queremos partir de un hecho que recoge Carme Valls Llobet (2006) en su estudio en el que llama la atención sobre cómo la sexualidad femenina ha permanecido invisibilizada en el ámbito médico y farmacéutico, se habla de sexo como indicador determinante y, sin embargo, paradójicamente, el cuerpo de la mujer se ha hecho invisible para la propia mujer.

Durante siglos, y sin comprender por qué tenían la menstruación o por qué su cuerpo estaba unido a la reproducción, algunas mujeres sabias descubrieron el arte de las plantas medicinales y el influjo benéfico hormonal que pueden ejercer muchas de ellas.

Seguramente estas mujeres empezaron a entender sus cuerpos y los principios de la farmacopea, pero la mayoría de ellas fueron quemadas como brujas, por lo que sus conocimientos no llegaron a la nueva generación.

Huérfanas de información, la generación de mujeres que vivieron durante el siglo XIX asistieron al principio del alejamiento sistemático de sus cuerpos y de sus vivencias. La "medicina oficial" absolutamente androcéntrica, no entendió ni los síntomas ni los malestares que las mujeres padecían (Valls Llobet 2006, p. 83).

En el año 2011 se publicó por parte de la Comisión Europea junto con el Ministerio de Ciencia e Innovación un Manual que bajo el título *El género en la investigación* (Comunidad Europea 2009) quiere constituir una herramienta para la innovación. Este texto parte del hecho constatado de que las variables sexo y género no son todavía suficientemente consideradas, el prólogo recoge en su primer párrafo, "perviven estereotipos y sesgos en la investigación y en los desarrollos tecnológicos, que muchas veces construyen como universal lo que son las realidades, experiencias y expectativas de un grupo de personas, mayoritariamente varones, y también habría que decir de raza blanca y de un cierto nivel socioeconómico, y consideran como desviaciones de la norma las realidades de otras personas. En medicina abundan los ejemplos: desde los ensayos clínicos realizados sólo con varones que no generan suficiente evidencia sobre los efectos de los fármacos, hasta el no reconocimiento de los síntomas diferentes de las dolencias cardiacas, y el incremento de diagnósticos erróneos en mujeres".

El marco en el que quiere moverse la dinámica de los ensayos clínicos necesarios para la aprobación del uso de fármacos en la Unión Europea se encuentra en el Sexto Programa Marco publicado en el año 2011 en el que el género se constituye en un elemento indispensable para la valoración de las investigaciones. Asimismo constituye un instrumento internacional, el acuerdo sobre ciencia y tecnología acordado en el marco de las Naciones Unidas también en el año 2011.

En este contexto, la Ley de Ciencia y tecnología del Estado español así como el Plan estatal de Investigación Científica y Técnica deben promover la incorporación de la perspectiva de género de manera que su relevancia –tal como dice la Disposición Adicional 3ª de la Ley de la Ciencia y Tecnología de 2011⁵– "sea considerada en todos los aspectos del proceso, desde la definición de las prioridades de la

⁵ Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación.

investigación científico-técnica, los problemas de investigación, los marcos teóricos y explicativos, los métodos, la recogida e interpretación de datos, las conclusiones, las aplicaciones y desarrollos tecnológicos, y las propuestas para estudios futuros. Promoverá igualmente los estudios de género, así como medidas concretas para estimular el reconocimiento a la presencia de mujeres en los equipos de investigación”.

De esta amplísima estrategia para incorporar el género en la investigación científica para la producción de fármacos que establece el Séptimo Programa Marco⁶ (7PM), queremos hacer hincapié en la necesidad de que se contemplen la perspectiva de género en la denominada, fase de las ideas, es decir, en la construcción de las hipótesis sensibles al género; en la fase de la investigación, en concreto, en el análisis de los datos de un modo sensible al género y en la fase de difusión, donde resulta imprescindible informar sobre los datos de un modo sensible al género.

El Séptimo Programa Marco conforma como objetivo trasladar la investigación a la salud humana: incrementando el conocimiento sobre los procesos y mecanismos biológicos que se dan tanto en un buen estado de salud como en las situaciones específicas de enfermedad, y transfiriendo este conocimiento a las aplicaciones clínicas que constituyen el control y tratamiento de la enfermedad. La relevancia del género en este ámbito resulta central y se concreta en los siguientes aspectos:

1. La necesidad de tener en cuenta las diferencias de sexo en los protocolos de investigación, las metodologías y el análisis de los resultados cuando se está realizando la investigación clínica: aspecto esencial puesto que atiende, por ejemplo, a las diferencias entre el cuerpo masculino y el femenino, por ejemplo, los niveles y la composición del sistema hormonal.
2. Abordar el equilibrio de género en la población investigadora, es decir, se ha de tener en cuenta la diversidad en la población investigadora.
3. Ser conscientes de que no únicamente es necesaria la valoración desde la construcción del sexo sino también la de género por cuanto ambos términos son distintos. De este modo, el problema sanitario en estudio, uno, ninguno o los dos pueden afectar al riesgo de exponerse a una situación de riesgo para la salud y posteriormente a desarrollar un problema sanitario.
4. Específicamente, la investigación médica tiene especiales dificultades en la exploración de la combinación de las fuentes sociales y biológicas de diferencias en la sanidad para los hombres y las mujeres. En consecuencia, las explicaciones científicas a menudo proceden de supuestos reduccionistas según los cuales las diferencias son puramente biológicas o son puramente sociales.

Ciertamente, tanto estos importantes aspectos que hemos señalado como otros que aparecen en el Séptimo Acuerdo Marco constituyen elementos esenciales para que una investigación sobre fármacos pueda validarse desde la perspectiva de género. Si acudimos a la práctica concreta de los Comités de Ética en Investigación clínica puede apreciarse la dificultad concreta que los proyectos que se presentan para ser aprobados tienen, en concreto, al incorporar tal perspectiva y ello no únicamente por la dificultad añadida que ello tiene sino también –y especialmente para las investigaciones independientes– el mayor coste que implica añadir esta variable puesto que podría suponer la necesidad de una mayor labor epidemiológica previa que podría requerir incluso la participación de personas formadas en ciencias

⁶ Séptimo Programa Marco IDT (2007-2013). El Séptimo Programa Marco IDT, nuevo Programa Marco plurianual para acciones de investigación, desarrollo tecnológico y demostración para el periodo 2007-2013, pretende contribuir de forma substancial a revitalizar la Estrategia de Lisboa, adoptada por el Consejo Europeo de Lisboa de 2000 con el objetivo de hacer de la economía europea "la economía basada en el conocimiento más competitiva y dinámica del mundo" en el año 2010, y que abarca acciones en una amplia serie de ámbitos. Además, continuará el camino emprendido con el Sexto Programa Marco en la construcción del Espacio Europeo de Investigación (EEI), creando un mercado interior de la ciencia y la tecnología, que fomente la calidad científica, la competitividad y la innovación.

sociales y también un incremento en el coste de la fase de investigación clínica de un concreto fármaco.

5. Consideraciones finales

- Los consumos de alcohol y de tabaco están fuertemente arraigados en los diversos Estados miembros de la Unión Europea. Hasta tiempos recientes, la perspectiva cultural y la económica ejercían un fuerte protagonismo sobre las políticas públicas, donde el punto de vista de la salud tenía escasa presencia.
- Las políticas públicas en materia de alcohol, tabaco y fármacos disponen de puntos comunes y también de diferencias significativas. Entre los primeros, destacan el que cuentan con una regulación legal y, sobre todo, la existencia de grandes grupos empresariales que, en ocasiones, han ejercido fuertes presiones a los Estados para que criterios economicistas –relacionados con el alcohol, el tabaco y los fármacos– prevalezcan sobre las políticas de salud públicas basadas en la evidencia científica. Las diferencias están condicionadas por los diferentes mercados existentes, su arraigo cultural y sus peculiaridades legislaciones.
- A pesar de ser la OMS quien ha llevado una parte muy importante de las políticas públicas en materia de alcohol y de tabaco, se observa una mayor presencia de la cuestión género en las políticas públicas sobre la prevención del tabaquismo.
- Desde finales de los años ochenta hasta la actualidad, la OMS se ha convertido en un referente de las políticas públicas en materia de alcohol y tabaco. Sus diversos convenios, planes y propuestas se están poniendo en práctica, aunque no siempre al ritmo deseado desde una perspectiva de salud.
- En relación con la prevención del tabaquismo, la puesta en marcha y aplicación del *CMCT* ha significado un *cambio ejemplar y marca una tendencia mundial*, tanto en el ámbito de políticas de salud pública (al estar basadas en la evidencia científica) como en materia de género (donde, además de mostrar la preocupación por los aumentos de consumos llevados a cabo por mujeres y niñas, y por las estrategias de la industria del tabaco por centrar una parte de sus campañas de promoción y publicidad en las mujeres, se exige la plena participación de las mujeres en todos los niveles de formulación y aplicación de este tipo de políticas. Es por ello, que las políticas públicas de salud en el ámbito de la prevención del tabaquismo –en general– y la manera de afrontar la perspectiva género –en particular– recogidas en el *CMCT*, deberían extenderse también a las políticas públicas en materia de alcohol, fármacos y, también, a las políticas públicas de las sustancias hoy en día consideradas ilegales.
- La puesta en práctica de políticas públicas en materia de salud, con el consiguiente seguimiento y evaluación de las mismas, va a permitir medir los objetivos logrados –y los no conseguidos–. En este contexto se observa, pese a las trabas impuestas desde sectores empresariales de los respectivos sectores, un avance las políticas públicas en el ámbito de la salud basadas en las evidencias científicas. Sin embargo, no se ha avanzado al mismo nivel en las políticas de género.

Bibliografía

- Agencia EFE, 1999. Francia financiará las 35 horas con los impuestos de bebidas alcohólicas. *El Diario Vasco*, 26 octubre, 40.
- Anderson, P., 2007. Adicción al alcohol y trastornos relacionados con su consumo. *En: M. Knapp et al. Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas*

- futuras en salud mental*. Trad. S. Maderos. Barcelona: Open University Press, 275-307.
- Anderson, P., Baumberg, B., 2006. *El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública. Informe para la Comisión Europea*. Reino Unido: Institute of Alcohol Studies.
- Arana, X., 2009. Políticas en materia de tabaco. En: X. Arana e I. Germán. *Políticas y legislación en materia de tabaco*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 17-69.
- Arana, X., Montañés, V., Urios, C., 2012. Género, drogas y políticas públicas en la Unión Europea: una contextualización necesaria. *Oñati Socio-legal Series* [online], 2 (6), 6-21. Disponible en: <http://ssrn.com/abstract=2111914> [Acceso 20 diciembre 2012].
- Arana, X., Vega, A., 1998. La esquizofrenia de las drogas legales o la cuadratura del círculo: entre la promoción y la prevención. En: X. Arana, I. Markez, coords. *Los agentes sociales ante las drogas*. Madrid: Dykinson, 151-211.
- Calvete, A., 2005. Actividad de la Unión Europea en materia de lucha contra el tabaquismo. *Revista Española Salud Pública*, 79, 521-529.
- Comisión de las Comunidades Europeas, 2007. *Libro verde. Hacia una Europa sin humo de tabaco: opciones políticas a escala de la UE*. Bruselas.
- Comunidad Europea, 2009. *Gender in research - Toolkit and Training - Gender in research as a mark of excellence on behalf of the Directorate-General for Research*. Madrid: Ministerio de Ciencia y Innovación.
- Directorate-General for Health & Consumers, 2009. *First progress report on the implementation of the EU Alcohol Strategy* [en línea]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_progress.pdf [Acceso 22 noviembre 2012].
- El Diario Vasco, 1988. El tabaquismo causa 40.000 muertes anuales en España y medio millón en Europa. *El Diario Vasco*, 31 octubre, 10.
- El Diario Vasco, 1996. Tabacalera no subirá los precios de su producción de tabaco rubio. *El Diario Vasco*, 2 agosto, 18.
- FARAPI, 2007. *Estudio documental sobre drogas y violencia de género*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Emslie, C., y Hunt, K., 2008. The weaker sex? Exploring lay understanding of gender differences in life expectancy: A qualitative study. *Social Science and Medicine*, 67, 808-816.
- FARAPI, 2009. *Drogas y género*. Disponible en: http://www.berdine.euskadi.net/u89-congizon/es/contenidos/informacion/material/es_gizonduz/adjuntos/3_drogas_y_genero.pdf [Acceso 22 noviembre 2012].
- Foucault., M., 1998. *Historia de la sexualidad I. La voluntad del saber*. México: Siglo XXI.
- García Sánchez, I., Carrillo Tirado, M., y Cantón, M.A., 2006. La hoja de ruta para la igualdad de género en la UE. *Observatorio de Salud en Europa de la Escuela Andaluza de Salud Pública*, 2.
- Gil López, E., et al. 1995. Plan Europeo de actuación sobre alcohol. *Revista Española de Salud Pública* [en línea], 69(5), 361-383. Disponible en: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdr_om/VOL69/69_5_361.pdf [Acceso 22 noviembre 2012].

- Granero, L., Villalbí, J.R., Gallego, R., 2004. ¿Quién se opone a la prevención? Un mapa de los actores pro tabaco en España. *Gaceta Sanitaria*, 18 (5), 374-379.
- Jiménez, M.L., 2007. *Mujeres y tabaco. La feminización del consumo de cigarrillos en España* [en línea]. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/16924952.pdf> [Acceso 22 noviembre 2012].
- Lowi, T., 1964. American Business, Public Policy, Cases Studies and Political Theory. *World Politics*, 16(4), 677-715.
- Lowi, T., 1972. Four Systems of Policy, Politics and Choice. *Public Administration Review*, 32(4), 298-310.
- Markez, I., et al., 2004. Mujeres y psicofármacos: La investigación en atención primaria. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 91, 37-61. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n91/v24n3a04.pdf> [Acceso 22 noviembre 2012].
- Martí, O., 1980. Economía política de la droga. *Monthly Review (Edición española)* 12 (3), 35-52.
- Olmo, R. Del, 1985. *La sociología de las drogas*. 2ª ed. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- OMS, 2006. *Marco de referencia para la política sobre alcohol en la Región Europea de la OMS*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones.
- Reinalda, 2000. Une analyse critique des femmes dans l'Union européenne. En: T. Carver, et al. *Genre et Politique. Debats et perspectives*. Paris: Gallimard.
- Romaní, O., 2005. Globalización, anti-globalización y políticas de reducción de daños y riesgos. *Eguzkilore*, 19, 91-103.
- Romo, N., 2010. La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 269-272.
- Sánchez Pardo, L., 2009. *Guía informativa: drogas y género*. Santiago de Compostela: Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias.
- Valls Llobet, C., 2006. *Mujeres invisibles para la ciencia*. Barcelona: Debolsillo.
- Valls Llobet, C., 2009. *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Cátedra.
- Varela, F., 2008. El PP cree que las condiciones para considerar droga el vino "ya no se dan". *El País* [en línea], Galicia, 3 abril. Disponible en: http://elpais.com/diario/2008/04/03/galicia/1207217894_850215.html [Acceso 22 noviembre 2012].
- Villalbí, J.R.; López, V., 2001. La prevención del tabaquismo como problema político. *Gaceta Sanitaria*, 15 (3), 265-272.