

MARÍA FERNANDA HENRIQUES

Las mujeres y la investigación biomédica

SEPARATA

ENSAYOS SOBRE BIOÉTICA

Ediciones Universidad
Salamanca

AQUILAFUENTE, 156

LAS MUJERES Y LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA¹

FERNANDA HENRIQUES

Universidade de Évora

En términos de marco legal y de orientaciones éticas, la investigación biomédica se rige por los principios de la *Declaración de Helsinki*, en el respeto de la dignidad humana, y en esa medida se desarrolla según los mismos principios, indiferente ya se trate de hombres o mujeres.

Parece ser que estamos delante de una situación pacífica. Sin embargo la realidad apunta en otra dirección, evidenciándose la ausencia de mujeres en la investigación biomédica.

Algunas de esas situaciones de exclusión rayan lo absurdo, como por ejemplo los siguientes casos muy conocidos y documentados:

- A lo largo de 20 años las mujeres han sido excluidas del Estudio Longitudinal de Baltimore sobre el envejecimiento, estudio que es considerado uno de los más desarrollados sobre el proceso natural de envejecimiento. En un determinado momento las mujeres fueron incluidas, sin embargo, el informe de lo que el estudio encontró no tiene ningún dato sobre las mujeres².
- El estudio sobre el papel de la aspirina en la prevención del desarrollo de las enfermedades cardiovasculares, realizado en 1982, sobre un universo de 22071 personas, solo tuvo en cuenta individuos del sexo masculino.
- Un proyecto de investigación, desarrollado en los EE.UU., con el objetivo de determinar el impacto de la obesidad en el cáncer de mama y de útero, fue realizado solo con individuos del sexo masculino. Cuestionando

¹ El presente texto corresponde a la traducción de la ponencia presentado en el Coloquio Luso-Brasileño de Bioética realizado en Oporto, en 2008.

² ROTHENBERG, Karen H.: «Gender Matters: implications for clinical research and women's health care», en *Houston Law Review*, v. 32 (1996), pp. 1201-1272, p. 1208.

sobre lo raro del caso, la respuesta oficial fue que la especificidad de la investigación «se limitaba al estudio de los efectos de ciertos nutrientes en el metabolismo de los estrógenos que los investigadores *creían* ser semejantes tanto en los hombres como en las mujeres»³.

Si el marco legal y ético es el mismo para hombres y mujeres, ¿a qué se debe esta ausencia casi absoluta de mujeres en la investigación biomédica?

Desde mi punto de vista, hay dos líneas que explican esta conducta androcéntrica en la investigación biomédica:

- Por un lado, la concepción de la naturaleza humana que la cultura occidental configuró a lo largo de los siglos y en la cual las mujeres aparecerían como desviaciones o como derivados inferiores.
- Por otro lado, la cuestión del lucro de las industrias vinculadas a la investigación médica que potencian esta herencia, aumentando sus consecuencias.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LAS MUJERES EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

Hay una diferencia fundamental sobre lo que sucede en lo que a la situación de las mujeres se refiere en la investigación biomédica —así como lo que de ella se sabe—, entre los EE.UU. y Canadá por un lado, y Europa y el resto del mundo, por el otro.

Con el título de *La Santé est politique*, el editorial del número 2 de la revista *Nouvelles Questions Feministes*, del año 2006, llama la atención para este hecho, destacando que el *Movimiento por la Salud de las Mujeres* tuvo su origen en los EE.UU. en la primera mitad de los años 70 del siglo xx y que, aunque este movimiento haya sido un modelo para gran parte de Europa, las preocupaciones reivindicativas se han centrado esencialmente en las cuestiones reproductivas y los Movimientos respectivos nunca han tenido la fuerza ni el impacto de su congénere fundador.

³ KEVILLE, Terri D.: «The Invisible Woman: gender bias in medical research», en *Women's Rights Law Report*, v. 15:123(1993-1994), pp. 123-142, p. 127.

Como ejemplo contrario a esta situación, me parece interesante indicar lo siguiente: los estudios clínicos sobre la efectividad de la vacuna contra los serotipos de alto riesgo (16 y 18) de HPV (virus del papiloma humano), empezados hace poco tiempo (5/6 años) y con dicha vacuna actualmente en el mercado, fueron hechos con mujeres dada la probabilidad e incidencia del cáncer en el cuello del útero y por ser un problema grave a nivel de Salud pública. Y aunque el cáncer de ano y de pene esté también relacionado con este virus, su probabilidad es muy baja.

En el contexto de este estudio hay dos cosas que me parecen que debo destacar:

1. La comercialización de la vacuna en Portugal es explícitamente dirigida al sexo femenino.
2. Por otro lado ya se está estudiando la efectividad de la vacuna en el sexo masculino.

Cfr.: *Vacuna contra el HPV - Reunión de Consenso Nacional: Coimbra*, 16 y 17 de febrero de 2007.

La dinámica de las militantes feministas americanas obligó a la creación de departamentos y esquemas de referencia y control de la situación de las mujeres en la investigación biomédica, determinando que esa situación sea, por lo menos, objeto de valoración, crítica e intentos de solución.

Se encuentran en este caso:

- La creación, en 1975, de la *National Woman's Health Network*, que continúa activa, y cuyo objetivo es presionar tanto al cuerpo médico como la industria farmacéutica en el ámbito de las contraindicaciones y de los efectos secundarios en la salud de las mujeres de la píldora anticonceptiva y las hormonas de sustitución.
- La fundación, en 1990, de un departamento de investigación específico —*Office of Research of Women's Health* de los *National Institutes of Health*— para combatir las desigualdades derivadas de la ausencia de las mujeres en los organismos de decisión en cuestiones de política en el cuadro de la búsqueda biomédica. Departamento que tiene tres objetivos fundamentales:
 1. Intervenir a nivel de promoción de la investigación relacionada con las enfermedades, las perturbaciones y las afecciones asociadas a las mujeres.
 2. Garantizar una representación adecuada de las mujeres en las pruebas clínicas.
 3. Promover el acceso de las mujeres a carreras en el ámbito biomédico⁴.

La actividad de este Departamento tuvo una particular influencia en la definición de recomendaciones en el ámbito de la investigación médica en general, indicando que los ensayos clínicos debieran reclutar más mujeres, sobre todo aquellos donde las mujeres tradicionalmente estaban poco representadas, y generando también modos concretos de atender a las diferencias entre hombres y mujeres, por ejemplo la inclusión del sexo como variable en la búsqueda y desdoblado los resultados según el sexo y edad de los individuos que hayan intervenido⁵.

Otras recomendaciones del mismo Departamento han incidido sobre otros parámetros de la investigación, como por ejemplo la necesidad de la multidisciplinariedad al abordar cualquier búsqueda y también sobre los sistemas de organización de la información que deberían pasar a tener en cuenta la facilidad de acceso y de manejo⁶.

⁴ Cfr.: CARON, Joseph: *Rapport sur les politiques gouvernementales en matière de recherche en santé favorisant la prise en compte des différences selon le sexe et le genre*, Instituts de recherche en Santé du Canada, febrero de 2003. Este informe será una fuente fundamental del análisis que aquí se propone.

⁵ Cfr.: CARON, Joseph: *Rapport sur les politiques gouvernementales*, pp. 10-12.

⁶ Cfr.: KEVILLE, Terri D.: «The invisible Woman: gender bias in medial research».

En Canadá, en 1996 y 1997, la *Santé Canada* publicó directrices para incluir a las mujeres en los ensayos clínicos que se titulaban, literalmente, *la inclusión de las mujeres en los ensayos clínicos*, con el objetivo de «impulsar la inclusión de las mujeres desde las primeras etapas de la elaboración de medicamentos, verificar que las diferencias que puedan existir entre sexos son consideradas explícitas y tenidas en cuenta en la planificación de la tercera fase de los ensayos clínicos, y generar la información adecuada de forma que informe mejor a los médicos y potenciales usuarios de las características relacionadas con el sexo de los nuevos medicamentos». En este sentido «los ensayos clínicos deberían utilizar individuos de los dos sexos en suficiente número de forma para garantizar la determinación de diferencias clínicamente significativas entre los dos sexos».7 En 1999, el Gobierno de Canadá se ha comprometido a vigilar esta política, en el marco de la estrategia de la salud para las mujeres y, en 2000, el *Conseil de recherches médicales* origina los *Instituts de recherche en santé du Canada*, que incluye un Instituto de la salud de mujeres y hombres.

La situación en Europa es muy distinta y la articulación entre mujeres y salud nunca fue objeto de medidas tan concretas como en los EE.UU. y Canadá. En Europa hay una política global para la igualdad entre los sexos, donde estos temas también se incluyen. Sin embargo tras la 4ª *Conferencia Mundial sobre las Mujeres* de la ONU —Pekín, 1995— en consecuencia de la *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo* —Cairo, 1994—, los problemas de articular mujeres y salud se van incluyendo de una forma más sistemática y la OMS integra entonces un departamento específico —Género, Mujeres y Salud⁸.

En lo referente a otros países, los datos disponibles parecen señalar una ausencia de preocupación en estos temas y la vigilancia existente es ejercida por la OMS⁹.

Por distintos motivos, los años 90 del siglo xx han vuelto a llamar la atención sobre la orientación androcéntrica en la investigación biomédica que seguía conduciendo los ensayos clínicos en grupos totalmente compuestos por hombres, generalizando después los resultados a hombres y mujeres¹⁰.

⁷ Cfr.: CARON, Joseph: *Rapport sur les politiques gouvernementales*, p. 59.

⁸ En la 120ª sesión del Consejo Ejecutivo de la OMS, realizada en Ginebra del 22 al 30 de enero de 2007, donde estuvieron presentes el Profesor Dr. José Pereira Miguel y la Profesora Dra. Maria do Céu Machado, Portugal aprobó una resolución que insta intervenir en el combate de las desigualdades en salud por la introducción de la perspectiva de género en las diferentes vertientes de la política de salud. Véase: <<http://www.acs.min-saude.pt/2007/12/27/desigualdadesasaudeoms?r=108>>. Accedido el 4 de abril de 2008.

⁹ Se excluye de esta valoración global la situación de Brasil por ser más compleja y diversa, y merecer un estudio separado.

¹⁰ Evidentemente no se ignora que determinados medicamentos no tienen el mismo efecto terapéutico o efectos secundarios según la persona (concretamente parece que hay algunos antihipertensores cuya eficacia varía en función de la raza). La cuestión hace referencia a que no se hizo la búsqueda con un punto de vista diferenciador simétrico (hombres y mujeres), sino que se considera un patrón sobre el que las mujeres son una desviación.

De acuerdo con Ruth Merkatz¹¹, el resurgir de la preocupación con el tema de la situación de las mujeres en los ensayos clínicos, en los años 90, se debe a varios aspectos —científicos, culturales, políticos— emergentes:

1. El hecho de haberse ganado conciencia de que los medicamentos tienen efectos distintos en poblaciones distintas, concretamente en lo que concierne a los efectos secundarios o posibles riesgos;
2. El hecho de que los movimientos en favor de la situación de las mujeres se hayan focalizado en las cuestiones de la investigación médica y en las políticas referentes a la salud de las mujeres;
3. El hecho de que la medicina se haya feminizado y se haya derribado el imperio masculino en el ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud;
4. El hecho de la toma de conciencia a nivel de las poblaciones de consumo respecto a la salud, ya sea en literatura, en la búsqueda de cuidados, o en el consumo de productos.

Sin embargo, pese a todas estas medidas, el escorado androcéntrico de la investigación biomédica no desaparece milagrosamente¹².

Un estudio de 2001, que analizó 1332 artículos del *The New England Journal of Medicine*, desde el 1 de enero de 1994 hasta el 31 de diciembre de 1999¹³, llega a unos resultados poco alentadores. De los 1332 artículos iniciales, el equipo de investigación ha identificado 442 ensayos de los cuales retuvo 120 artículos correspondientes a los criterios de inclusión. Estos ensayos incorporaban más de 160000 participantes.

De las conclusiones de esta investigación se puede destacar lo siguiente:

- Han participado en las investigaciones solo un 24,6% de mujeres.
- La especificación de los datos por sexo solo fue realizada en 17 de los 120 ensayos, siendo 12 de ellos referidos a enfermedades cardiovasculares.
- En el conjunto de las investigaciones analizadas, no había una diferencia significativa, en cuanto a la participación femenina, entre las que se ha-

¹¹ MERKATZ, Ruth: «Women in Clinical Trials: an Introduction», en *Food and Drug Law Journal*, vol. 48 (1993), pp. 161-166.

¹² Sirva de ejemplo, un encuentro realizado en Lausanne, Suiza, por la OMS y ONUSIDA, en el ámbito de las vacunas contra el SIDA, reconociendo una escasa o nula participación de mujeres y adolescentes en las pruebas de dichas vacunas, siendo que los estudios parecen revelar que las mujeres y niñas entre los 15 y 24 años representan casi el 62% de los seropositivos en los países desarrollados y por otro lado, según la Dra. Catherine Hankins, jefa del equipo científico de ONUSIDA, las niñas y mujeres son especialmente vulnerables a la infección, por razones biológicas y sociales. Cfr.: <<http://www.jasfarma.pt/artigo.php?artigo=2&numero=47&publicacao=sida>>. Accedido el 4 de abril de 2008.

¹³ AA. VV.: «Gender Bias in Clinical Trials: Do double standards still apply», en *Journal of Women's Health & Gender-based Medicine*, vol. 10, nº 8 (2001), pp. 757-765.

bían iniciado antes de 1993 y las que se habían iniciado después de esa fecha.

- Las conclusiones de este trabajo reiteran las de otros ya realizados y que también identificaban la sub-representación femenina¹⁴.

NATURALEZA HUMANA, NATURALEZA FEMENINA Y DISCRIMINACIÓN

La literatura sobre el tema de la exclusión o de la sub-representación de las mujeres en la investigación biomédica destaca tres motivos fundamentales como justificación eventual¹⁵:

- El concepto de la naturaleza humana que preside a nuestras representaciones de lo que es un ser humano.
- La cuestión de la maternidad.
- El problema del lucro y de la poca calidad de nuestras democracias.

Desde mi punto de vista esos motivos se entrelazan en conjunto, pero son claramente sustentados por el primero, la mirada que heredamos sobre lo que es un ser humano, y que, claramente, no incluye las mujeres, ni el femenino en su totalidad.

Cuando la cultura occidental se cuestionó sobre *lo que es ser mujer o lo que es el femenino*, habitualmente han sido hombres —filósofos y teólogos— quienes han contestado.

Esta situación histórica y cultural hizo que las mujeres fuesen objetos y nunca sujetos de una enunciado sobre sí mismas. Además el sujeto enunciador se tomó a sí mismo como universal y como modelo.

¹⁴ Sin embargo, el escoramiento androcéntrico en la investigación biomédica también se manifiesta de otra forma, en el obsesivo interés que se dedica a ciertos aspectos de la salud de las mujeres.

Desde el punto de vista de Terri Keville, en el texto citado, la «obsesión» deriva de la percepción masculina de las mujeres como objeto sexual o como madres, y en ese sentido, la investigación respecto a las mujeres tiene como fin verdadero los niños o los hombres. Se incluye en este ámbito, por ejemplo, las búsquedas sobre el control de la natalidad para las mujeres y en el campo de las técnicas de reproducción asistida que acaban sirviendo para «desarrollar la dependencia de las mujeres de los médicos-hombre». P. 127.

¹⁵ Cfr.: ALTA CHARO, R.: «Protecting us to death: women, pregnancy, and clinical research trials», *Saint Louis University Law Journal*, v. 38 (1993-1994), pp. 134-187, donde se lleva a cabo un análisis sistemático de esta cuestión. Sobre este tema, véase también: GORENBERG, Hayley y WHITE, Amanda: «Off the pedestal and into de arena: Toward including women in experimental protocols», en *Review of Law & Social Chance*, v. XIX (1991-1992), pp. 205-246; RATHENBERG, Karen H.: «Gender Matters: implications for clinical research and women's health care», en *Houston Law Review*, v. 32 (1996), pp. 1201-1272; AA.VV.: «Involving Minority and underrepresented women in clinical trials: The National Centers of Excellence in Women's Health», en *Journal of Women's Health & Gender Based Medicine*, v. 9, n° 10, 2000, pp. 1061-1070; FLETCHER, John C.: «Women's and Fetal Rights and Interest: Ethical Aspects», en *Food and Drug Law Journal*, v. 48 (1993), pp. 213-221.

En este sentido, ser mujer fue, y a lo mejor, todavía lo es, en el inconsciente colectivo, un desvío de la norma humana que hizo que las mujeres fuesen conceptualizadas como humanas pero no como modelo de la humanidad. La Filosofía y la Teología cuando se han pronunciado sobre la humanidad siempre o casi siempre lo han hecho de acuerdo con el padrón masculino. Todo se toma como si las mujeres fuesen consideradas pertenecientes a la misma humanidad que los hombres, pero en un grado inferior¹⁶.

Desde mi punto de vista es en esta situación paradójica donde se juega la comprensión del problema. También considero que esta es la perspectiva que ayuda a explicar la aceptación general por parte de la comunidad científica de la ausencia o de la poca representación de las mujeres en los ensayos clínicos, así como la aceptación natural de que se generalice para toda la humanidad lo que solo fue probado en el sexo masculino¹⁷.

Sin embargo, considero que mantener esta situación de las mujeres en la investigación biomédica se sustenta en otro motivo: el hecho de que la biomedicina no hace más que aplicar la regla general de la investigación científica: partir del principio —y ejercerlo como natural— de que la visión masculina es la visión normalizada de la humanidad. El androcentrismo, no es más que postular como neutral y natural la visión del mundo construida desde el punto de vista del sujeto hombre y blanco.

Consiguientemente, la investigación biomédica simplemente aplica a nivel de su estudio todo aquello que el conjunto de ciencias naturales y humanas pone en práctica¹⁸.

Entiendo por lo tanto, que la desvalorización de lo femenino, y entonces, de las mujeres, consideradas seres individuales y con valor intrínseco, que la

¹⁶ Sobre esta situación, Karen Rothenberg, una de las estudiosas, se pronuncia al respecto:

«Paradójicamente, "los científicos parecen confirmar que los cuerpos de las mujeres son diferentes y más difíciles de estudiar. No obstante, simplemente generalizan las conclusiones observadas para los hombres, y postulan que —salvo excepciones obvias— los cuerpos de las mujeres son iguales a los de los hombres". Estas asunciones han desanimado los estudios en las féminas, y han alimentado la ignorancia en lo que respecta a las necesidades especiales de las mujeres». RATHENBERG, K. H.: «Gender Matters: implications for clinical research and women's health care», p. 1206.

¹⁷ Esto es, a falta del valor intrínseco atribuido a lo femenino, por un lado, y por otro, el hecho de que las mujeres, pese de todo, sean humanas permite, efectivamente, que se pueda convivir, sin problemas de conciencia en esta situación, porque la primera puede sustentar que no se precise que las mujeres sean objeto de estudio y la segunda generalizar los resultados que se hacen a partir de la observación de los hombres.

¹⁸ Basta recordar que grandes nombres de la hermenéutica de la sospecha, como Marx y Freud, por ejemplo, no considerasen importante pensar en las relaciones entre sexos como un factor significativo. Marx consideró que la categoría clase social era suficiente para organizar un discurso teórico denunciante y libertador. Freud fue un poco más lejos, y convirtió en «conocimiento científico» todos los estereotipos que nuestra cultura elaboró en torno a lo femenino y las mujeres, construyendo una nueva antropología que, consciente o inconsciente, alimenta nuestro universo simbólico sobre lo que un ser humano es, dentro de la humanidad, y sobre qué es ser hombre y mujer.

maternidad es la bandera legitimadora de la ausencia de las mujeres en la investigación biomédica.

El fantasma de esta situación es la tragedia de la *Talidomida*, que pone en evidencia la vulnerabilidad de las mujeres embarazadas. Precisamente, en lugar de la catástrofe servir para que la investigación se ocupase de forma específica de las mujeres embarazadas, se limita a apartarlas y que pueda darse de nuevo una tragedia semejante. Es positivo considerar, según los textos divulgados¹⁹, que haya listas de medicamentos que son seguros en relación a posibles consecuencias sobre el feto, y listas de medicamentos cuyas consecuencias negativas sobre el feto también son conocidas; no obstante, la lista de medicamentos cuyos efectos sobre el feto se desconocen «es mucho mayor a las otras dos juntas». En este marco, el comportamiento médico adoptado respecto a las mujeres embarazadas es evitar toda medicación durante el embarazo. Esta situación, evidentemente prudente, no deja de ser discriminatoria para las mujeres, porque, de esta forma, «no reciben el mejor tratamiento para sus enfermedades, durante el embarazo²⁰».

Además, los nuevos medicamentos, incluyendo, por ejemplo, los analgésicos, rara vez son probados en mujeres embarazadas, por seguridad y eficacia, y se da por tanto, una situación discriminatoria intolerable en relación a las mujeres, que en este contexto, no se benefician de los avances relacionados con los nuevos descubrimientos terapéuticos, y que en cualquier situación corren siempre riesgos, tal como los fetos, dándose que las mujeres están sub-representadas en los ensayos clínicos y el sub-grupo de mujeres embarazadas están excluidas.

Las directrices de la FDA de 1977 demuestran claramente que lo que lleva a excluir a las mujeres embarazadas o potencialmente fértiles es mucho más una cuestión de lucro ligada a la desvalorización de la vida de las mujeres como sujetos con derechos que las preocupaciones por el feto, porque se determinaba que «las mujeres potencialmente fértiles podían ser excluidas, como conjunto, de las experiencias clínicas iniciales, con el objetivo de proteger el feto, [no obstante] la presencia de peligros documentados no era suficiente para excluir a los machos con mismo potencial de fertilidad²¹».

¹⁹ Cfr.: HOVATTA, Outi Leena L.: «Woman as study subjects», en *Biomedical Research*, Estrasburgo, Concelho da Europa, pp. 95-103, p. 9.

²⁰ *Ibidem*. Seguidamente, el texto llama la atención sobre el hecho de que esta situación parece tomar absolutamente imprescindible que se desarrollen nuevos métodos para el estudio para determinar el impacto de los productos farmacológicos en el desarrollo de embriones.

²¹ «Where testicular abnormalities or abnormalites of spermatogenesis have occurred in experimental animals or where chromosomal abnormalities are anticipated (e.g., alkylating agents), the criteria for inclusion of males in Phase I, II and III depend upon the nature of the abnormalities, the dosage at which they occurred, the disease being treated, the importance of the drug, and the duration of the drug administration. In some cases, special written consent forms, even in Phases III, may be required», citado en: Hovatta, Outi Leena L.: «Woman as study subjects», p. 1238.

De esta supuesta protección de la maternidad dos hechos, altamente dañosos para los intereses de las mujeres, se destacan, con dimensión paradójica:

- por un lado, la consecuencia práctica y directa de estas directrices fue permitir la comercialización de productos médicos que nunca fueron comprobados en mujeres;
- por otro lado, «se aprobaron productos médicos, de toxicidad desconocida para mujeres y fetos, para su uso en poblaciones que supuestamente estarían protegidas —mujeres embarazadas y mujeres potencialmente fértiles»²².

REFLEXIONES FINALES

Me parece legítimo concluir al final de este recorrido que, partiendo de una idea de igualdad indiferenciada, pensada, a partir de la transformación de lo masculino en universal neutro, se excluye a las mujeres de la investigación y de los ensayos clínicos. Simultáneamente, recurriendo a la especificidad femenina de la maternidad, se legitima esa exclusión, en nombre de la protección de la humanidad.

En ningún caso se atiende a los derechos de las mujeres de tomar la palabra como ciudadanas, y como tales, decidir su vida individual, ni se valora efectivamente su especificidad como creadoras de vida.

En realidad, al ser alejadas del proceso de formación de todo el conocimiento biomédico y de toda intervención terapéutica no se puede saber con exactitud si las diferencias biológicas entre los sexos son relevantes en la sensibilidad y desarrollo de las enfermedades o las diferentes formas de aplicación terapéutica.

Siendo así, de hecho, no puede haber un verdadero conocimiento médico específico de lo femenino, y las reacciones a las enfermedades y a los tratamientos, salvo *a posteriori*.

Al ser conceptualizadas simplemente como desviaciones de lo masculino tomado como patrón, las mujeres, como individuos, no se toman en consideración por la investigación biomédica. Las excepciones planteadas por su capacidad de crear vida representan, en todo el contexto antes descrito, que solo se tienen en cuenta por su función reproductora, que deja de ser una capacidad propia determinante, sino un instrumento de sometimiento y discriminación. De hecho, la práctica de la investigación biomédica no ha asumido ni la igualdad entre los sexos ni su eventual diferencia. Precisamente pasa de «Herodes a Pilatos», ya con igualdad o con diferencia, para en cualquiera de los casos, excluir a las mujeres del campo de los derechos y de la ciudadanía.

²² *Ibidem*.

