

## Vacunas y Mujer

Resumen de la presentación para el Seminario de Innovación en Atención Primaria sobre **VACUNAS, BENEFICIOS Y DAÑOS. CIENCIA, CLÍNICA Y SOCIEDAD** Madrid 27 y 28 de noviembre de 2015.

### **Nina Monteiro,**

médica de familia, Oporto (Portugal), miembro del Movimiento Vasco da Gama (grupo de residentes y jóvenes médicos de WONCA Europa), grupo de *Gender Violence, Equally Different y FM Change Makers*.

El abordaje de este problema no será hecho con el fin de analizar el efecto de cada vacuna en la mujer desde un punto de vista biológico, sino desde el punto de vista de la responsabilidad social con el fin de minimizar la violencia estructural contra las mujeres y su medicalización.

En otras palabras, me interesan los determinantes de género y no los del sexo. Entiendo que género se refiere a los roles socialmente construidos, comportamientos, actividades y atributos que una determinada sociedad considera apropiados para los varones y mujeres y que el sexo se refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen a los varones y mujeres, niños y niñas.

Incrustada en omnipresentes estructuras sociales-económicas, políticas, religiosas y culturales, así como normalizada por instituciones y experiencia diaria, la violencia estructural contra las mujeres es a menudo invisible a nuestros ojos y sus efectos considerados normales. Pero no se puede considerar “normal” lo que sucede con la mujer, pues en verdad lo que sucede con la mujer es muy “anormal” en muchos sentidos. Así en el terreno que hoy nos ocupa, la mujer es mayoría en el encarnizamiento médico preventivo, diagnóstico y terapéutico. Por ello son también mayoría en los errores sistemáticos. En otro sentido, importa comprender como las diferencias de género suelen influir en el acceso a los cuidados en salud por las mujeres en distintos entornos.

En este abordaje de la vacunación y su relación particular con la mujer, y desde una mirada que no puede dejar de asumirse como femenina, hay cuatro puntos que me parecen fundamentales:

1. Vacunas y embarazo
2. La vacuna contra el VPH
3. La mujer como cuidadora
4. Vacunas y trabajadoras del sexo

### **Vacunas y embarazo**

En esta temática se entiende la mujer como reproductora y cuidadora del embrión-feto (y, después, del recién nacido). Así que se argumenta la necesidad de inmunización materna para proteger al recién nacido hasta que tenga edad para ponerle sus propias vacunas.

La politización de la inmunización manipula a las mujeres a través de rumores y miedo sobre la salud del recién nacido. Así sucede que las políticas implementadas presionan a las mujeres a través de estrategias de planificación familiar e inmunización autoritarias y no a través de un compromiso constructivo.

Dos ejemplos de la medicalización del embarazo son las vacunas contra la difteria y tosferina.

Por la difteria, es verdad que los anticuerpos contra la toxina diftérica presentes en la madre y transmitidos al bebé, lo protegen hasta medio año. Pero esta es una vacuna defectuosa y por eso hay que revacunar a embarazadas.

La vacuna contra la tosferina también resulta defectuosa, tanto como han demostrado los brotes de tosferina en poblaciones que estarían bien vacunadas. Para evitar su re-emergencia se recomienda la vacunación del recién nacido o revacunar a la embarazada, pero la eficacia de esa revacunación no es conocida pues no hay ensayos clínicos con resultados. Sabemos que esta revacunación incrementa los anticuerpos en el bebé pero es desconocido si protege contra la tosferina en los

recién nacidos o si disminuye la mortalidad de los. En un estudio realizado en Inglaterra y Gales se comprobó una efectividad de la vacuna de 91%, sugiriendo de facto que la revacunación materna es efectiva en la prevención de la infección por tóxigena en lactantes con menos de 8 semanas de edad. En otro estudio, en las mujeres que recibieron la vacuna contra la tóxigena en el tercer trimestre, no hubo evidencia de un mayor riesgo, en particular, no hubo evidencia de un mayor riesgo de muerte fetal.

Estos dos casos son ejemplo de cómo la mujer embarazada se ha visto reducida a un vientre, oprimida por el bien de su bebé y negada su autonomía. Sin crítica a la expropiación de la autonomía y singularidad del embarazo, se autoriza la estrategia de “mal menor” en vez de intentar solucionar el problema, es decir, encontrar vacunas que permitan la formación de anticuerpos para toda la vida.

Además de las vacunas que son deficientes, es imposible revacunar sólo de difteria o tóxigena. La solución es una vacuna conjunta difteria, tóxigena y tétanos. En caso del tétanos, la vacuna protege hasta los 65 años y no hay necesidad de revacunar desde la adolescencia. Como la mujer embarazada habitualmente está vacunada contra el tétanos, se administra una vacuna innecesaria, sumando los efectos adversos de las tres vacunas.

### **La vacuna contra el VPH**

Esta vacuna es otro ejemplo de la medicalización de la mujer, sometiéndola al poder médico y a los probables efectos secundarios. Más allá, puede cambiar el modelo de las estrategias de prevención del cáncer del cuello de útero, reducidas al efecto microbiológico y descartando las intervenciones de salud pública y de la promoción de la salud sexual.

Sabemos que la infección por VPH es condición necesaria para el desarrollo de cáncer de cuello de útero. Sin embargo, esta infección sola no es suficiente para la incidencia del cáncer. Otros factores, como son los factores socioeconómicos y los hábitos sexuales, entre otros, también se han relacionado con el desarrollo del cáncer de cuello de útero.

Actualmente existe la creencia en la opinión pública de que esta vacuna es el medio de evitar el desarrollo tumoral, creando una falsa sensación de seguridad por vacunar a las adolescentes. Es importante transmitir el mensaje de la importancia de las medidas preventivas de salud pública, incluso si están vacunadas. La vacunación contra el VPH no sustituye a los programas de detección precoz del cáncer de cuello de útero.

Es fundamental la inversión en políticas de educación sexual y promoción de la salud sexual, sin exclusión a nadie, empoderando niñas y niños de igual forma.

### **La mujer como cuidadora**

Históricamente, la mujer desempeña las tareas de cuidados, sea de los niños o de los mayores.

Diversos estudios apuntan a que los hijos de las mujeres menos educadas y con menos posibilidades socio-económicas presentan menor probabilidad de estar correctamente vacunados. Esta realidad es más evidente en los países en desarrollo y en sociedades marcadamente patriarcales.

La salud del niño está indisolublemente ligada a la percepción de la capacidad de la madre para cuidar a su hijo. A pesar de que el padre y la familia extensa, en muchas culturas, tienden a decir cómo la madre debe cuidar a su hijo, raras son las veces que verdaderamente participan en el estado de salud del niño. Este aspecto de género de la salud se mantiene y perpetúa por las creencias de salud tradicionales, pero también en el modelo biomédico actual. Programas de inmunización que no reconocen las limitaciones que las mujeres o las madres se enfrentan en el acceso y la utilización de los servicios pueden, inadvertidamente, contribuir a las desigualdades de género. Las actitudes de los profesionales de salud, la exposición a las críticas y las oportunidades perdidas pueden reforzar los estereotipos y las divisiones de género en la sociedad y contribuir al mantenimiento de la percepción de que la salud infantil es solamente responsabilidad de la mujer.

El no conseguir una vacunación correcta, en este contexto ideológico, se vuelve normativo en la

medida en que la propia mujer acepta el hecho como “su fracaso” y que el fallo y la posible consecuencia para la salud de su hijo está causada por su propia “negligencia”. Así el propio sistema sanitario perpetúa la condición de inferioridad de la mujer y su posición subordinada en la sociedad.

Partiendo de que las actividades de cuidado son valores transformadores y a defender, la responsabilidad social del cuidado no tendría por qué recaer únicamente en las mujeres. Si lo consideráramos una responsabilidad social por el bien de todas las personas, toda la sociedad debería apoyar el cuidado de la vida sostenible y saludable. Este no sería una responsabilidad individual, sino colectiva y compartida.

### **Vacunas y trabajadoras del sexo**

El cuidado de los profesionales del sexo requiere un conocimiento de sus especiales necesidades, además de flexibilidad y actitud sin prejuicios.

Las trabajadoras del sexo están en mayor riesgo de muchas condiciones y por eso necesitan una valoración y comprensión distinta. Hay distintas barreras al correcto cuidado de las trabajadoras del sexo. Por un lado suelen ocultar su participación en el trabajo sexual debido al temor de ser juzgadas y tratadas mal, por otro lado a menudo se enfrentan a barreras estructurales para acceder a la atención de la salud, tales como espacios poco acogedores, temor a ser detenidas o falta de confidencialidad. Todo esto puede contribuir a que no visiten o no tengan atribuido un médico de familia y, en consecuencia, vean su salud empeorada.

En lo que a vacunas concierne, los estudios apuntan a una ventaja de la vacunación de distintas patologías. El contacto cercano con los clientes, la mayoría de estado de vacunación desconocido, significa que las trabajadoras del sexo deben estar vacunadas contra la difteria, el tétanos, el sarampión, las paperas y la rubéola, la hepatitis A y B.

En relación al VPH, la prostitución es un factor que influye en el desarrollo del cáncer de cuello de útero. Hay estudios que indican la vacuna contra el VPH a las trabajadoras del sexo, pero se desconoce si la efectividad de la vacuna es igual en todas las mujeres. En realidad, los ensayos publicados excluían a mujeres con múltiples parejas. Así no hay datos sobre la vacuna contra el VPH precisamente en mujeres de mayor riesgo por sus hábitos sexuales.

### **Cuestiones para el debate**

- ¿Cómo podemos afrontar las expectativas y dudas de las mujeres embarazadas en relación a revacunación?
- ¿De quien es la responsabilidad de sostener y cuidar la vida? Cual puede ser el papel del médico de familia en relación a la responsabilidad social para proteger las cuidadoras y adoptar una responsabilidad social del cuidado en el caso de las vacunas?
- Considerando que los planes de vacunación son planeados superiormente, ¿cual es el papel del médico de familia ante las dudas por la vacuna contra el VPH y la necesidad de no descuidar los programas de detección precoz del cáncer de cuello de útero?

Datos bibliográficos:

- Ahuja R *et al.* *Gender inequalities in immunization of children in a rural population of Barabanki, Uttar Pradesh.* Indian Journal of Community Health. 2014; 26: 370-373.
- Colyer S. *Cervical screening changes queried.* MJAInSight. 2014.
- Dabrera G *et al.* A case-control study to estimate the effectiveness of maternal pertussis vaccination in protecting newborn infants in England and Wales, 2012-2013. Clin Infect Dis. 2015; 60(3): 333-7.
- Donegan K. *Safety of pertussis vaccination in pregnant women in UK: observational study.* BMJ. 2014; 349.

- Gavilán E, Padilla J. *La vacuna del papiloma humano*. AMF. 2013; 9(4): 201-207.
- Gérvas J. *Ecología vaginal, virus del papiloma, vacuna, cáncer de cuello de útero: miedo, negocio y falta de ciencia y de conciencia*. El mirador. 2014.
- Gérvas J. *Tosferina: brotes epidémicos sin antivacunas y la mujer como vientre*. El mirador. 2015.
- Hilber AM et al. *Gender and Immunisation - Summary report for SAGE*. 2010.
- Johri M et al. *Association between maternal health literacy and child vaccination in India: a cross-sectional study*. J Epidemiol Community Health. 2015; 69: 849-857.
- Jones N et al. *Gender and Immunisation Abridged Report*. 2008.
- Rekart ML. *Caring for sex workers*. BMJ. 2015; 351.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. *Immunization for women – tetanus, diphtheria and pertussis vaccine – recommendations and safety*. 2015.
- Vilajeliu A et al. *Vacunació de les dones embarassades contra la tos ferina a Catalunya*. 2014.
- Wiley KE et al. *Pregnant women's intention to take up a post-partum pertussis vaccine, and their willingness to take up the vaccine while pregnant: A cross sectional survey*. Vaccine. 2013; 31: 3972–3978.
- Wiley KE et al. *Understanding Pregnant Women's Attitudes and Behavior Toward Influenza and Pertussis Vaccination*. Qual Health Res. 2014.