



La predisposición a la vacunación contra la COVID-19 desde una perspectiva de género

Belén Laspra¹, Danila Suárez Tomé² y Laura F. Belli³

RESUMEN

Un importante volumen de publicaciones documenta diferencias de género en la predisposición a vacunarse frente a la COVID-19. Estos estudios revelan un patrón que parece repetirse en Europa y Latinoamérica, esto es, muestran que la predisposición a vacunarse en las mujeres es menor que la de los hombres. El relativo volumen de estudios que dan cuenta de esta pauta contrasta con los escasos intentos de entender la existencia de esta diferencia. En este trabajo ensayamos una respuesta en esa dirección. Se concluye que la

Fecha de recepción: 13 de junio de 2022. Fecha de aceptación: 23 de agosto de 2022.

DOI: 10.46553/TYS.11.2022.p11-32.

¹ Profesora Ayudante-Doctora en el Departamento de Filosofía de la Universidad de Oviedo. Ha sido investigadora pre-doctoral Severo Ochoa e investigadora post-doctoral en la Universidad de Michigan. Es miembro del Grupo de Estudios Sociales de la Ciencia de la Universidad de Oviedo. lasprabelen@uniovi.es

² Doctora y Profesora en Enseñanza Media y Superior en Filosofía (Universidad de Buenos Aires). Jefa de Trabajos Prácticos en las materias Gnoseología y Filosofía Feminista de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Becaria posdoctoral del Instituto de Investigaciones Filosóficas y directora del Grupo de Investigación en Epistemología Feminista de la Sociedad Argentina de Análisis Filosófico.

³ Doctora. en Filosofía (Universidad de Buenos Aires). Maestranda en Salud Pública (Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires). Jefa de Trabajos Prácticos en la cátedra de Ética de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires y docente de la Universidad Torcuato DiTella. Miembro del Comité de Ética Clínica y miembro del Comité de Ética en la Investigación del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich de la Ciudad de Buenos Aires. Miembro del Grupo de Investigación en Epistemología Feminista de la Sociedad Argentina de Análisis Filosófico y del grupo "Gender in Science, Technology, and Innovation" de la Universidad de Yale.

menor predisposición a vacunarse en el caso de las mujeres tiene una clave de explicación asentada en la socialización diferencial de género. A causa de la particular socialización de género femenina, se observa en las mujeres el desarrollo de una visión más realista del alcance de la pandemia y a una percepción más compleja de sus consecuencias. Ambos fenómenos se encuentran sustentados en la tendencia a una mayor preocupación por las consecuencias que sobre la salud tiene la COVID-19.

PALABRAS CLAVE

COVID-19, Disposición a la vacunación, Género, Epistemología feminista

ABSTRACT

Several works have found gender differences on how COVID-19 pandemic has impact on people's life and wellbeing. In this work we focus on differences in the willingness to become vaccinated with the COVID-19 vaccine between men and women. Surveys and studies on Europe and Latin America countries reveal similar pattern on willingness to become vaccinated, women are less likely to be vaccinated than men. In this paper we discuss the roots of this difference and its consequences. We argue that gender differences on willingness to become vaccinated are better explained on differential gender socialization. Due to the socialization of the female gender, women have developed of a more realistic vision of the scope of the pandemic and a more complex understanding of its consequences.

KEYWORDS

COVID-19, Vaccine, Gender, Gender epistemology

I. MUJERES Y CIENCIA

Desde los albores de la ciencia moderna se ha buscado expulsar de la producción de conocimiento formal todo aquello considerado como

socialmente femenino, es decir, lo particular, lo concreto, lo emocional, lo subjetivo (Jaggar, 1989; Solsona i Pairó, 1997; Maffía, 2005). Paralelamente, la ciencia misma ha producido teorías sexistas que caracterizaban a la mujer como un ser irracional y dominado por sus pasiones (Maffía, 2007). Mediante estas teorías se ha buscado mantener a la mujer por fuera de los ámbitos científicos y públicos en general, y cerca de los ámbitos privados, nutricios y de cuidado (Schiebinger, 2004). Así es como desde la ciencia se ha construido una imagen androcéntrica del conocimiento y una serie de prácticas de exclusión sexistas que alejaban a la mujer de la posibilidad de verse reflejada y comprometida en la actividad científica.

Este proceso complejo no pudo ser puesto en evidencia hasta que la epistemología feminista destacó el rol del género en la propia constitución de la ciencia moderna. La epistemología feminista ha mostrado cómo la legitimación del conocimiento depende en buena parte del sostenimiento de relaciones sociales de poder, y no únicamente de su adecuación empírica (Longino y Lennon, 1997). Describiendo este problema, se empeñó en la búsqueda de su solución.

La epistemología feminista surge en el marco más amplio del desarrollo de las epistemologías críticas, las cuales buscaron poner de relieve el hecho de que el conocimiento científico depende, no en menor medida, de factores externos a la propia práctica epistémica, y no se rige exclusivamente por valores intraepistémicos (Maffía y Suárez Tomé, 2021). Las relaciones sociales de género juegan un rol preponderante en estos factores, así como también las relaciones de clase y racialización. Al no tener en cuenta estos factores, podríamos llegar a interpretar que la distancia mayor de las mujeres con la ciencia es fruto de un determinismo biológico, y no de un modo particular de socialización de género basado en la división sexual del trabajo.

Una de las premisas fundamentales de la epistemología feminista es la del conocimiento situado. A través de la idea de que todo conocimiento no es sino conocimiento situado se presentó objeción a la idea del conocimiento como un reflejo transparente y neutral de una realidad que existiría de manera independiente (Harding, 1986; Longino, 1990; Haraway, 1991). El conocimiento situado es aquel que refleja la posición de productor de conocimiento en un determinado momento y lugar. Aceptando que no existe sino conocimiento situado es como podemos evitar que los sesgos androcéntricos y sexistas de las visiones objetivistas del conocimiento se presenten como hechos antes que como valoraciones a la orden del sostenimiento de determinadas relaciones de poder sociales.

La relación de las mujeres con la ciencia y la tecnología es más distante que la que mantienen los hombres, pero esta distancia responde principalmente a una política sexual social que asigna a las mujeres responsabilidades productivas concretas en el mercado laboral, por ejemplo, enfermeras en vez de médicos; a responsabilidades reproductivas, como el nacimiento y la crianza, el cuidado del hogar o el de los mayores; y a responsabilidades comunitarias, una ampliación de las reproductivas que incluyen salud y educación (Pérez Sedeño, 2006). Este rol ha situado a las mujeres más lejos de la ciencia y la tecnología y, a la vez, más cerca de cuestiones relacionadas con la salud y el cuidado. La epistemología feminista se ha dedicado desde la década de los 70 del siglo XX a estudiar este fenómeno en detalle para comprenderlo y solucionarlo.

2. MUJERES Y SALUD

A pesar del número cada vez mayor de mujeres en las profesiones de salud –hoy ocupan el 70% de los puestos de trabajo en el mundo–, este ámbito se encuentra fuertemente marcado por una clara división sexual del trabajo: en general, las mujeres se dedican mayoritariamente a actividades de cuidado y tienen menor participación que sus pares varones en puestos de decisión en el ámbito académico, las instituciones sanitarias, los ministerios y en asociaciones profesionales.

Una de las tareas centrales de los estudios de género y ciencia ha sido la generación de información estadística sobre la situación actual de las mujeres en la ciencia y la tecnología en diversos países, y aunque los datos varían, actualmente no se aprecia mejoría con respecto a los datos presentados en la III Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer, celebrada en Nairobi en 1985. La participación global femenina en ciencia se encuentra en torno al 30% y corresponde en general a los niveles bajos de responsabilidad. En los puestos altos sólo están entre un 5% y un 10% de mujeres.

Como señala un informe publicado en *The Lancet* (Betron *et al.*, 2019), la representación femenina en los puestos de toma de decisiones sigue siendo baja: solo el 25% de las organizaciones de salud mundiales tienen paridad de género en los niveles de alta dirección. Esto no se debe a la falta de interés, educación o compromiso profesional de este grupo; se debe a un sesgo de género sistémico presente en el campo de la salud. La representación desigual resulta muchas veces en la omisión de ciertas necesidades específi-

cas de las mujeres en los procesos de planificación y ejecución de las políticas, planes y presupuestos en salud. Esta segregación es clara en el caso del manejo de la pandemia por COVID-19, en que existe una llamativa falta de mujeres en los organismos que coordinan las acciones nacionales e internacionales (CE, 2021). La subrepresentación de las mujeres en los ministerios de salud en el mundo es especialmente preocupante: menos del 55% de estos puestos están liderados por una mujer (IPU-UN Women, 2020).

La representación en los medios de comunicación también es escasa. La evidencia disponible sugiere que en los medios se cita sólo a una mujer por cada tres hombres cuando se habla de la pandemia (WGH, 2020). Esta situación podría haber repercutido en la gestión de la pandemia y afectado la configuración de las campañas mediáticas. Muchos medios utilizan metáforas bélicas en la presentación de la información, planteando la pandemia en términos bélicos, frases como “armas contra el virus”, “lucha contra el virus”, “la invasión del virus”, aparecen frecuentemente en los medios, o titulares como “Estamos en guerra contra el virus”, como dijo Joe Biden (*El País*, 25 de noviembre de 2020). Estas imágenes de virilidad, control y poder son frecuentes en áreas como las de la informática o la tecnología militar, donde se ha identificado abundante simbología fálica y relacionada con la dominación sexual (Wacjman, 1991). No sería descabellado suponer que este tipo de imágenes y discursos tengan un alcance limitado en las mujeres.

En su obra *Seguir con el problema. Generar parentesco en el Chthuluceno*, Haraway (2016) presenta algunas claves importantes de cara a la actual pandemia sobre las que ella misma reflexiona en una reciente entrevista. Vivimos, afirma, en tiempos de intensificación, en los que necesitamos reconstruir las nuevas condiciones. La pandemia es un suceso natural, cultural, político y social que pone de manifiesto la perniciosa dicotomía entre naturaleza y cultura. No se trata de *vencer* al virus, sino de aprender a coexistir con él. Las vacunas son un modo de coexistir con el virus, pero no son la solución que termine con el problema, este seguirá abierto. “Necesitamos cambiar el pensamiento, pero también las prácticas. No debemos pensar en exterminar los virus, sino en coexistir en equilibrio, para que los virus epidémicos no sean tan incapacitantes. Esto no es un problema político, de dinero, de fondos, sino de tomar acciones en conjunto”⁴.

⁴ <https://www.youtube.com/watch?v=-WN6SYkjQSs>. Conversación entre la autora Donna Haraway y su traductora Helen Torres realizada el 27 de mayo de 2020 dentro del contexto de Radical May, <https://radicalmay.literalbcn.cat/>

3. MUJERES Y COVID-19

El género es una categoría que designa y nos ayuda a entender las ideas que cada sociedad tiene sobre el sexo, entendido como las diferencias biológicas a través de las cuales nos clasifican de modo binario como mujeres y varones según las funciones reproductivas de nuestros cuerpos. Esta categoría permite analizar cuáles son los roles, conductas, costumbres y actividades que se asignan a las personas según su sexo.

Cuando decimos “género” nos referimos a las diferencias entre mujeres y varones que no son biológicas sino construidas culturalmente. Estas diferencias, al ser culturales, varían dependiendo de la época y las sociedades. Ahora bien, las diferencias biológicas no son por sí mismas fuente de desigualdades entre las personas ni pueden ser recursos para la justificación de las desigualdades. Las diferencias biológicas son transformadas en desigualdades sociales mediante la intervención cultural en la asignación de roles, actividades, valores y estereotipos según los sexos.

La perspectiva de género implica la adopción de un punto de vista que nos permite observar los diferentes fenómenos de la realidad según las implicaciones y efectos que tienen las relaciones sociales entre los géneros. Por la negativa, se diferencia de lo que podríamos llamar perspectivas ciegas frente al género, las cuales analizan los diversos fenómenos de la realidad sin tener en cuenta las relaciones sociales entre los géneros e invisibilizan, así, las implicaciones y efectos que estas relaciones conllevan. Las perspectivas neutras no existen. Por lo general, lo que las perspectivas ciegas frente al género esconden por detrás es una perspectiva androcéntrica, es decir, una mirada sobre la realidad que parte del punto de vista de la masculinidad normativa como si fuera la única posible.

En el caso de la salud, las inequidades de género estructurales presentes en todas las sociedades, sumado a las desigualdades en la condición social, económica y política de las mujeres, socavan su capacidad para proteger y promover su propia salud física, emocional y mental, incluidos el uso eficaz de la información y los servicios de salud. A su vez, las ubican como las principales cuidadoras en salud de sus familias y comunidades. El análisis de género en salud (que, como mínimo, requiere de la disponibilidad de datos desglosados por sexo) permite esclarecer cómo estas diferencias perjudican la salud de las mujeres y cuáles son las formas de abordar y superar estas limitaciones. También revela riesgos y problemas de salud a los que se enfrentan como resultado de la construcción social de los roles. Los datos tomados y analizados bajo una perspectiva de género son fun-

damentales para obtener evidencia sobre las mejores prácticas en salud, así como para promover e informar acerca de las políticas de salud, mejorando la recepción y la adherencia por parte de las mujeres y las familias (Bloom & Arnoff, 2012). Estos datos, sin embargo, en su gran mayoría no se analizan ni se notifican incluso cuando están disponibles. Cabe señalar la falta de conocimiento sobre perspectivas y herramientas que permitan la realización de análisis basados en el género en las publicaciones como las que analizamos en este trabajo.

Uno de los problemas más llamativos que surgieron de la pandemia de la COVID-19 fue la insuficiente atención a las cuestiones de género e interseccionalidad como puntos críticos para analizar los procesos de salud-enfermedad-atención. Un estudio de Azcona *et al.* (2020) encontró que menos de 1 de cada 5 políticas de COVID-19 eran sensibles al género y que menos del 40% de los casos de COVID-19 notificados a la Organización Mundial de la Salud (OMS) se desagregaron por sexo/género (Azcona *et al.*, 2020). Sin embargo, los estudios sobre la COVID-19 que recogen el sexo muestran que la pandemia ha tenido un impacto diferente en mujeres que en hombres.

El *Informe de políticas: las repercusiones de la COVID-19 en las mujeres y las niñas*, publicado en el 2020 por Naciones Unidas, pone la atención sobre el impacto que la pandemia ha tenido en la economía y en la salud. Al desempeñarse las mujeres en puestos de trabajo más vulnerables, los despidos comunitarios les afectaron con más dureza, agravando una situación ya de por sí desfavorable, ya que las mujeres tienen menor capacidad económica, gastan menos, ahorran menos y tienen una mayor probabilidad de emplearse en el sector informal. Las mujeres constituyen el 70% de la fuerza de trabajo del sector sanitario, y se desempeñan principalmente en puestos de enfermería, comadronas, celadoras y personal de apoyo, con mayor probabilidad de situarlas en primera línea y, consecuentemente, de estar más expuestas. En la pandemia, especialmente durante los confinamientos, se ocuparon en mayor proporción del cuidado de familiares y asumieron las consecuencias del cierre de las escuelas. No solo en la economía, también en el caso de la salud las mujeres partían de una situación de desventaja. Las mujeres y las niñas tienen necesidades específicas en cuanto a salud, y las circunstancias desencadenadas por la pandemia complicaron el acceso a tratamientos y los servicios de salud, especialmente problemática ha sido la situación de las mujeres embarazadas, pero no únicamente. El informe pronosticaba que solo en América Latina y el Caribe, 18 millones de mujeres perderían acceso regular a métodos anticonceptivos modernos debido a la situación pandémica. (Naciones Unidas, 2020).

El estudio *Women and Health in a world hit by the pandemic* (2020), incluyó datos de Francia, Alemania, Italia, Reino Unido, México, Nigeria y Tailandia. Concluyó que todos los aspectos de la salud de las mujeres se vieron alterados, tanto los sociales, como los físicos y los mentales, y señalaba que el principal deterioro de la salud de las mujeres tuvo lugar en Europa (IPSOS, 2020). Los sucesivos eurobarómetros titulados *Public opinion in the time of COVID-19* que llevó a cabo el Parlamento Europeo entre marzo de 2020 y junio de 2021 revelaron diferencias de género en el impacto de la COVID-19 en gran parte de los países europeos. El reciente informe *Women in Times of COVID-19*, publicado por el Parlamento Europeo en 2022, confirmó la situación que ya iba revelándose en los eurobarómetros. Cerca de cuatro de cada diez mujeres afirmaron que la pandemia había tenido un impacto negativo en sus ingresos, y la percepción de que dicho impacto había sido negativo era mayor en los países del Sur y Este de Europa. Una de cada cinco mujeres afirmó que la pandemia había incrementado su dependencia económica de sus parejas o familiares, especialmente en Bulgaria, Croacia, Chipre, Grecia, Letonia, Portugal y Rumanía. En cuanto a la salud, cuatro de cada diez mujeres afirmaron que las restricciones durante los confinamientos (toques de queda, restricciones de horarios, cierre de espacios, etc.) tuvieron un importante impacto negativo en su salud mental. Las mujeres en los países de la Unión Europea se sintieron identificadas con sentimientos de preocupación, ansiedad, estrés. (UE, 2022).

Prácticamente desde el inicio de la pandemia comenzó a monitorizarse todo aquello relacionado con la COVID-19, a nivel nacional y por todos aquellos países con capacidad para hacerlo, se recogieron cifras de personas infectadas, fallecidas o que habían superado la enfermedad, cifras de vacunas administradas, de personas con una dosis, dos, o la pauta completa; y también fueron realizados estudios que recogían información sobre el grado de preocupación por la situación, el cambio de hábitos y forma de vida debidos a la pandemia, el haber padecido la enfermedad, la confianza en las vacunas, la predisposición a vacunarse y otros aspectos sobre la incidencia del coronavirus. Los datos alimentaron una cantidad ingente de literatura académica que, desde diferentes disciplinas, buscaba arrojar algo de luz sobre el complejo fenómeno que había roto con la *normalidad*, sea eso lo que fuese para cada uno. Muchos de los estudios, independientemente de la nacionalidad que analicen, han encontrado diferencias de género en la percepción de la pandemia, y, especialmente, en la disposición a la vacunación. Por ejemplo, en Estados Unidos (Callaghan *et al.*, 2020), Reino Unido (Murphy *et al.*, 2020), Austria (Schernhammer *et al.*, 2022) Grecia (Holeva *et al.*, 2022), Malta (Cor-

dina, Lauri y Lauri, 2021) o España (Laspra y Fernández, 2022). Zintel y colaboradores llevaron a cabo una revisión de la literatura especializada y encontraron que el 60% de los estudios analizados informaban de diferencias de género estadísticamente significativas en la predisposición a vacunarse (Zintel *et al.*, 2021).

A pesar de que el rechazo a la vacunación es un tema ampliamente investigado en la literatura académica, sigue siendo un asunto controvertido. Un factor explicativo bastante recurrente es el nivel de alfabetización científica de los individuos (Dubé *et al.*, 2015; Linderman *et al.*, 2022), aunque hay estudios que no encuentran evidencia en esa dirección (Lorini *et al.*, 2018). Otros estudios señalan la ideología como un factor relevante (Callaghan *et al.* 2020). Son estudios valiosos, que ayudan a comprender qué factores influyen en la decisión de vacunarse o no, y sobre todo, han contribuido a visibilizar cómo la pandemia ha tenido consecuencias diferentes en función del género. Sin embargo, la mayoría de estos trabajos, al igual que los datos y estudios en los que se han basado, se mantienen en un plano descriptivo, sin ahondar en explicaciones sobre el porqué de estos fenómenos. Es decir, concluyen que la predisposición de las mujeres a vacunarse ha sido menor que la de los hombres, pero no por qué. La crisis sanitaria ha afectado con mayor profundidad a las mujeres, y no se trata únicamente de una mayor incidencia en la calidad de vida, las diferencias se muestran también en la forma de percibir la pandemia, el seguimiento de las medidas sanitarias, en la disposición a la vacunación y en las decisiones que fueron tomadas.

Analizar los datos disponibles sobre la variabilidad de sexo en la predisposición a la vacunación contra la COVID-19 desde una perspectiva de género implica analizar el fenómeno de modo complejo a través de los conocimientos provistos por la teoría de género en su análisis de las relaciones entre mujeres, ciencia y salud. Estos conocimientos incluyen extensas consideraciones sobre la diferencial socialización de los varones y las mujeres en temas de ciencia y de salud de acuerdo con los roles sociales que se esperan que cumplan en la adultez. Analizar los fenómenos de percepción de la ciencia de las mujeres sin tener en cuenta este factor puede llevarnos a reproducir una ideología sexista.

Las mujeres han mostrado una mayor preocupación hacia los riesgos y peligros derivados de la pandemia. En todos los países de América Latina –a excepción de Guatemala– las mujeres se han mostrado más temerosas que los hombres hacia la posibilidad de contagiarse del virus (Tabla 1). En

una escala de 1 a 10, el miedo de los hombres hacia un posible contagio es de 5,8 y de 6,4 en el caso de las mujeres.

Tabla 1. Resultados ante la consigna: En el marco de la pandemia, en una escala de 1 a 10, donde 1 es “no tengo nada de miedo de contagiarme con el virus” y 10 es “tengo mucho miedo de contagiarme con el virus”.

País	Media Hombre	dif.	Media Mujer
Argentina	6,10	-0,20	6,30
Bolivia	4,90	-1,10	6,00
Brasil	6,80	-0,90	7,70
Chile	5,70	-0,70	6,40
Colombia	6,20	-0,50	6,70
Costa Rica	5,40	-0,80	6,20
Rep. Dominicana	6,60	-0,50	7,10
Ecuador	6,20	-0,60	6,80
El Salvador	6,40	-0,60	7,00
Guatemala	5,70	+0,20	5,50
Honduras	5,70	-0,20	5,90
México	5,80	-0,70	6,50
Nicaragua	5,40	-0,90	6,30
Panamá	5,70	-0,80	6,50
Paraguay	5,20	-0,30	5,50
Perú	5,70	-0,70	6,40
Uruguay	5,10	-0,10	5,20
Venezuela	5,80	-0,70	6,50
Media Todos	5,8	-0,20	6,4

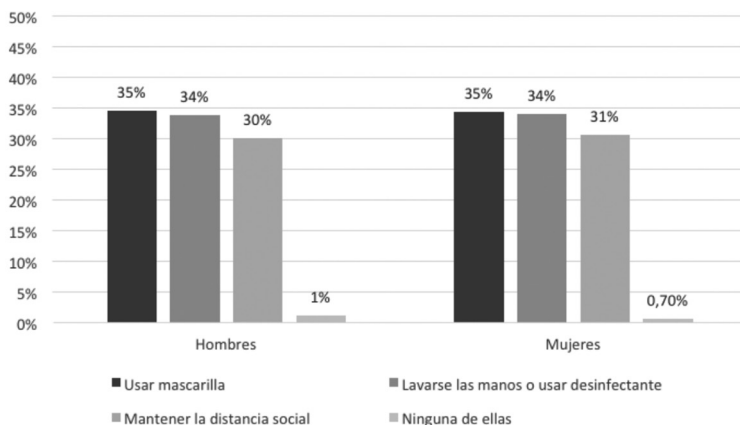
Fuente: Latinobarómetro 2020. Elaboración propia.

Sin embargo, el miedo no se ha traducido en diferencias a la hora de seguir las recomendaciones sanitarias para no contagiarse. Los porcentajes en el uso de mascarillas, la higiene habitual de manos o mantener la distancia social son medidas que mujeres y hombres en los países de América Latina siguen por igual (Tabla 2). También en Europa y otros países. Un estudio realizado en diez países⁵ muestra la existencia de lo que sus autores han denominado “la paradoja del género” (Galasso *et al.*, 2021). De acuerdo con su análisis, la mortalidad de las mujeres por COVID-19 es

⁵ Australia, Austria, Francia, Alemania, Italia, Nueva Zelanda, Polonia, Suiza, Reino Unido y Estados Unidos.

menor que la de los hombres, sin embargo, están más preocupadas sobre las consecuencias que tiene sobre la salud, por lo que cumplen con más rigor las medidas sanitarias.

Tabla 2. Porcentajes de respuesta a la pregunta: ¿Cuál de las siguientes cosas hace habitualmente para no contagiarse con el virus o no hace ninguna de ellas? (MARQUE TODAS LAS QUE QUIERA). Todos los países de América Latina.



Fuente: Latinobarómetro 2020. Elaboración propia

Dado que la preocupación de las mujeres por la salud es mayor que la de los hombres, sería razonable que su disposición a vacunarse también fuese mayor, no obstante, los datos muestran precisamente lo contrario. No hay datos para los países de América Latina, pero los datos para países de Europa muestran que las mujeres son menos propensas a vacunarse. En Alemania, uno de cada cinco rechaza la vacunación, siendo el rechazo mayor por parte de las mujeres (EB, junio 2020). En Francia, las mujeres también son menos propensas a vacunarse (EB, enero 2021), menos de un tercio estarían dispuestas a hacerlo (EB, marzo, 2021). Escenarios similares se dan en Hungría, en Lituania (EB, enero 2021), en Alemania e Italia (EB, marzo 2021). No solo el rechazo a la vacuna es mayor, también la medida de una vacunación generalizada tiene menos aceptación entre las mujeres que en los hombres, al menos en el caso de la República Checa (EB, enero 2021), donde las mujeres son más reacias a la vacunación y se muestran en mayor desacuerdo con que la vacunación sea obligatoria.

En las etapas previas e iniciales de la vacunación las mujeres se mostraron más reacias hacia las vacunas. No obstante, a medida que avanzó la admi-

nistración de la vacuna, comenzó a darse una cierta inversión, la aceptación de la vacuna por parte de las mujeres se incrementó, superando en algunos casos los niveles de aceptación de los hombres. Las campañas de vacunación comenzaron en Europa a principios del 2021. De acuerdo con los datos del Eurobarómetro de mayo de ese año, alrededor de un cuarto de la población residente en Europa recelaba de la vacuna, siendo el recelo un poco más prominente en los hombres que en las mujeres (EB, mayo 2021). La inversión se da, por ejemplo, en Lituania, donde el porcentaje de mujeres que están dispuestas a vacunarse se incrementa algo por encima del de los hombres (EB, mayo 2021). En España, las diferencias de género en la disposición a vacunarse desaparecen a partir de marzo (Laspra y Fernández, 2022).

Los datos disponibles no son lo suficientemente homogéneos para saber si existen diferencias en la vacunación de la COVID-19 entre hombres y mujeres. Algunos países ofrecen el volumen total de vacunas administradas, sin desglosarlo por género. Tampoco hay uniformidad en cómo contabilizar la vacunación, y los criterios van desde el número de dosis hasta tener la pauta completa, lo que también es problemático porque el número de dosis también depende de la vacuna y del país. En cualquier caso, algunas voces parecen haber encontrado evidencia a favor de que, pese a la reticencia inicial, las mujeres se han vacunado de la COVID-19 más que los hombres⁶.

4. CAUTELA FRENTE A LAS NUEVAS VACUNAS

La desconfianza inicial que los datos analizados en este artículo muestran en relación con las vacunas no es un caso excepcional. Los ejemplos de la resistencia a la vacuna contra la poliomielitis en Nigeria en 2003 (Jegede 2007) y a las vacunas contra el sarampión en Europa (Wilder-Smith 2020) son dos muestras recientes de este problema.

Varios factores pueden ser responsables de la vacilación de la vacuna, incluida la desconfianza del gobierno, el miedo a los efectos secundarios y

⁶ Por ejemplo, Laura Ungar, periodista para la revista *Kaiser Health News* (<https://khn.org/news/brecha-de-genero-contra-covid-se-vacunan-mas-mujeres-que-hombres/>) o Soumya Karlamangla, periodista de *Los Angeles Times* (<https://www.latimes.com/espanol/california/articulo/2021-04-16/los-hombres-tienen-mas-probabilidades-de-morir-de-covid-19-pero-menos-de-vacunarse>)

la desinformación o *fake news*. Las vacunas para COVID-19 suscitan los mismos temores, lo que afecta negativamente la disposición de las personas para vacunarse contra el virus y recomendar la vacuna a amigos y familiares (Roozenbeek, 2020).

Pero ¿por qué esta desconfianza inicial se manifiesta de manera más marcada en las mujeres? Hay varias explicaciones posibles. Las mujeres pertenecientes a minorías étnicas, mujeres de hogares de bajos ingresos, mujeres que viven en regiones marginadas y las mujeres jóvenes mostraron más desconfianza a la vacunación, tanto para ellas como al momento de decidir acerca de si vacunar o no a sus hijos. Estas reacciones iniciales se debieron a varios factores: la percepción de que no se contaba con suficiente evidencia sobre la seguridad de las vacunas COVID-19, la desconfianza en la velocidad con que se habían desarrollado las vacunas y el temor a los posibles efectos secundarios a largo plazo (Skirrow *et al.*, 2022). Si se consideran las experiencias pasadas de las mujeres en relación con la medicina, especialmente las de aquellas pertenecientes a minorías, no sorprende esta reacción inicial de cautela. Décadas de abusos cometidos en las investigaciones (McCarthy, 1994; Durrenda, 1993; Presser, 1969) seguidas de años de exclusión de estos grupos en los ensayos clínicos (Liu, 2016), sumado a las violencias, expulsión y estigmatización que estos grupos padecen sistemáticamente por parte de los sistemas de salud y sus efectores, constituyen motivos más que suficientes para justificar la necesidad de este grupo de contar con mayores garantías antes de arriesgarse a nuevos tratamientos.

Por otro lado, dado que los cuidados en salud de las familias están mayormente depositados en las mujeres, son ellas las responsables de velar por los demás miembros de la familia. Especialmente en los casos en que tienen hijos. Los temores acerca de la vacunación en niños se presentan con mayor fuerza y la tendencia a “esperar” o retrasar la vacunación es en este caso más marcada (Danchin *et al.*, 2018). El principal temor se relaciona con la responsabilidad de tomar una decisión que pueda tener efectos secundarios graves –frente a la alternativa de una infección que se muestra leve en niños– o pueda causar daños aún desconocidos a largo plazo (Suran, 2022).

Finalmente, a pesar de que hoy existe evidencia suficiente de que las mujeres embarazadas no vacunadas tienen un riesgo sustancialmente mayor de necesitar tratamiento hospitalario por COVID-19 que las que están vacunadas (UK Obstetric Surveillance System, 2021), la decisión de no incluir personas embarazadas en los primeros ensayos clínicos para

las diferentes vacunas llevó a que se difundieran mensajes de advertencia para este grupo una vez que las inoculaciones estuvieron disponibles (Knight *et al.*, 2020). Estas recomendaciones –adecuadas en su momento frente a la falta de evidencia de la seguridad durante el embarazo– fueron interpretadas como una falta de apoyo a la vacunación, generando dudas y desconfianza entre las mujeres embarazadas y confusión entre los profesionales de la salud sobre lo que deberían aconsejar. Estas dudas persisten aún hoy en día y deben ser tenidas en cuenta al momento de diseñar estrategias para mejorar la predisposición y la aceptación de las vacunas (Lacobucci, 2021).

5. LOS EFECTOS DEL ANDROCENTRISMO Y EL SEXISMO EN LAS INVESTIGACIONES

La disparidad de género en ciencia y salud, sumado al hecho de que la producción de conocimiento todavía, y a pesar de los avances feministas, no se ha despojado de sus sesgos androcéntricos y sexistas, arroja como resultado que temas relevantes para las mujeres queden por fuera de los planes de investigación. En el caso de la pandemia, se están llevando a cabo, mayoritariamente impulsados por mujeres, estudios sobre los efectos de la vacuna de la COVID-19 en la menstruación (Male, 2021; Alvergne, et al. 2021) o la COVID-19 persistente (SEMG, 2020).

A mediados de 2021, el Instituto Noruego de Salud Pública recibió los primeros reportes de que muchas personas estaban experimentando cambios menstruales después de la vacunación contra la COVID-19. Debido a ello, sumó algunas preguntas sobre alteraciones del ciclo a varios estudios sobre efectos de las vacunas que estaban en curso (Trogstad, 2022). En septiembre de 2021, la Agencia Reguladora de Medicamentos y Productos Sanitarios (MHRA) del Reino Unido había recibido más de 30.000 informes de estos eventos como resultado de la aplicación de las vacunas (UK Medicine & Healthcare, 2022).

Ese mismo año, muchas personas en diferentes regiones del mundo comenzaron a compartir (mayormente a través de redes sociales) su preocupación acerca de los cambios en la duración, sangrado intermenstrual, intensidad y/o espaciamiento de sus ciclos menstruales. ¿Por qué no se advirtió acerca de estos posibles efectos secundarios a quienes recibían las dosis de inmunización? La respuesta es que los ensayos clínicos iniciales sobre las vacunas COVID-19 disponibles no recopilaban datos sobre

alteraciones del ciclo menstrual después de la vacuna. El diseño de estas investigaciones se centró en buscar reacciones como dolores de cabeza o fiebre, pero, en relación con la salud (no)reproductiva, el foco principal fue puesto en los posibles riesgos en el embarazo, que, se demostró, no afecta negativamente el embarazo ni la lactancia y, además, ayudan a evitar infecciones más graves (CDC, 2022).

No sorprende que la menstruación no haya sido incluida como factor relevante en el diseño e implementación de los protocolos de investigación de las vacunas. La exclusión de las mujeres y otras personas menstruantes de los estudios de investigación es muy común. En la primera mitad del siglo XX, cuando los ensayos sobre drogas nuevas no estaban regulados, casos como el uso de talidomida y otras drogas aprobadas sin haber explorado su seguridad para uso en este grupo, causaron daños tanto en las personas gestantes como en los fetos (Papaseit *et al.*, 2013). En respuesta a estos errores, y para proteger a esta población, se comenzó a regular de manera más estricta la forma en que se estudian, aprueban y prescriben los medicamentos. Por ello se limitó la participación de mujeres en edad reproductiva de la mayoría de las investigaciones en etapa inicial. En los casos en que sí son incluidas, procesos fisiológicos como la menstruación, son habitualmente dejados de lado como variables a investigar. Debido a esto, sabemos poco sobre cómo las enfermedades afectan a la población menstruante, lo cual puede tener consecuencias potencialmente no deseables.

Un segundo problema es la falta de credibilidad frente a los reportes de estos efectos. Cuando los medios de comunicación se hicieron eco de los cientos de miles de comentarios alrededor del mundo de personas que habían experimentado cambios en sus ciclos menstruales, la primera reacción de gran parte de los organismos de salud nacionales e internacionales fue negar que hubiera alguna asociación. Esto sorprende, ya que, durante los ensayos clínicos, como vimos, no se recopiló información al respecto.

Los reportes individuales, incluso en gran número, no son suficientes para probar que las vacunas están provocando cambios en la menstruación. Un ciclo menstrual saludable es un proceso hormonal complejo que puede variar por muchos factores (como el estrés, cambios en la alimentación, en el sueño, etc.). No obstante, el minimizar o negar la preocupación de la población cuando percibe cambios en sus cuerpos solo logra que las personas sientan recelo y desconfianza hacia quienes deben brindar información sobre la seguridad de las nuevas vacunas. Las preocupaciones entre las personas con deseo de gestar sobre una posible asociación entre

la vacunación contra la enfermedad por COVID-19 y alteraciones en los ciclos menstruales pueden generar dudas sobre la vacunación (dudas que serían simples de resolver si el tema hubiera formado parte de las investigaciones hechas y hubiera datos disponibles desde el comienzo).

El otro caso que mencionamos es el de la COVID-19 persistente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la COVID-19 persistente como una enfermedad que aparece alrededor de tres meses después del inicio del COVID-19, cuyos síntomas duran al menos dos meses y no pueden explicarse por un diagnóstico alternativo. Entre los efectos, se describen dolores de cabeza, fatiga, dolor en el pecho, dolorosos pinchazos en los músculos, depresión, palpitaciones, dificultad para respirar, pérdida del olfato, tos persistente y fiebre recurrente. (WHO, 2021). La COVID-19 persistente es mucho más frecuente en mujeres; de acuerdo con los datos de la encuesta realizada por la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y los colectivos de afectados LONG COVID ACTS, del total de afectados participantes, el 79% eran mujeres (SEMG, 2020).

Pese al elevado número de casos de COVID-19, la propia existencia de esta enfermedad se cuestiona en la comunidad científica. La ansiedad, el desánimo, los problemas de sueño, la fatiga, y la mialgia son síntomas de la COVID-19 persistente que se presentan con mucha más frecuencia en el caso de las mujeres. Algunos autores argumentan que factores biopsicológicos podrían estar desempeñando un papel relevante en la explicación de la existencia de la enfermedad (Sykes, *et al.*, 2021), y albergan dudas sobre su existencia. Los datos sobre la COVID-19 persistentes son ciertamente controvertidos, pero no sería la primera vez que una enfermedad que afecta particularmente a las mujeres no recibe la consideración necesaria, como sucede, por ejemplo, con la endometriosis (Shah, *et al.*, 2010; Sear, 2014).

6. DISCUSIÓN

Al principio de este trabajo se plantea la pregunta de por qué mientras que la preocupación por las consecuencias de la pandemia ha sido mayor en las mujeres, su predisposición a vacunarse ha sido menor.

La pandemia generada por la COVID-19 tiene elementos de controversia científico-tecnológica, de decisiones políticas y económicas y un problema sanitario. Los datos analizados muestran que mientras que los hombres se han centrado más en las consecuencias económicas y sociales, las mujeres

se han mostrado más preocupadas por las repercusiones en la salud y en el ámbito individual. Los efectos de la pandemia han sido mucho mayores en el caso de las mujeres, los datos reflejan la pérdida de puestos de trabajo y una mayor carga familiar con un comprensible incremento del estrés y la ansiedad. Este mayor impacto parece haber permitido a las mujeres una percepción más realista de las consecuencias de la pandemia en la individualidad. La pandemia ha exacerbado las desigualdades existentes entre mujeres y hombres en casi todos los ámbitos de la vida, tanto en Europa como fuera de ella, revirtiendo los logros de los últimos años. En los estados pertenecientes a la Unión Europea se ha registrado un incremento de la violencia doméstica. Los confinamientos han tenido importantes repercusiones en los cuidados no remunerados y en la conciliación de la vida familiar y profesional (CE, 2021).

En tanto los efectos de la pandemia en la vida de las mujeres han sido mucho más notables que en el caso de los hombres, es posible que eso las haya situado en una posición más crítica hacia las promesas de la ciencia y la tecnología para acabar con la COVID-19, y más escépticas a la hora de percibir la vacuna como una solución definitiva al problema. La pandemia tiene para las mujeres consecuencias más profundas que para los hombres, porque es un problema que ha intensificado y agudizado las desventajas ya existentes, y por eso tienen una visión más realista y, por ende, más pesimista, respecto a las posibilidades de recuperación.

Los estudios de predisposición a la vacunación muestran que las mujeres han sido más reticentes a vacunarse, sin embargo, las cifras actuales parecen mostrar una vacunación masiva; la mayoría de las personas, independientemente de su género, deciden vacunarse. Es decir, ese escepticismo inicial en las mujeres parece disolverse a medida que avanzan las campañas de vacunación. Dada la preocupación por la salud y el escepticismo hacia las promesas de solución, una explicación posible es que ese “No” a vacunarse sea en realidad un “No, hasta que no esté segura de que las vacunas sean seguras”. Muchos estudios han presentado la pregunta por la predisposición a vacunarse como una decisión dicotómica, y son incapaces de captar posturas de cautela, pero en general, el porcentaje de respuestas de “No sabe/No contesta” es algo mayor en el caso de las mujeres, lo que podría sugerir que una mayor amplitud de opciones de respuesta hubiera permitido captar posturas de cautela, invisibilizadas por la dicotomía impuesta en la respuesta.

No existiría, por tanto, una contradicción en aquellas mujeres que mostraron recelos a la vacunación, pero posteriormente se vacunaron, sino

una imagen poliédrica del problema. La menor predisposición a vacunarse en el caso de las mujeres parece responder a una visión más asentada en la realidad del alcance de la pandemia y a una percepción más compleja de las consecuencias; sustentadas en una mayor preocupación por las consecuencias que sobre la salud tiene la COVID-19. No ha contribuido ni la falta de referentes con nombre de mujer en el discurso ni que las voces que están incentivando la vacunación y gestionando la pandemia sean mayoritariamente de hombres, quienes tienden a primar la economía. La pandemia de COVID-19 ha puesto nuevamente las desigualdades de género en el centro del análisis de las desigualdades y, al hacerlo, ha revelado grietas en muchos dominios. Esta conclusión debe entenderse más como una línea de trabajo que como un punto de llegada. Los datos y estudios sobre el género y la COVID-19 de los que disponemos son aún parciales y es necesario continuar la investigación en este sentido.

REFERENCIAS

- Alvergne, A.; Kountourides, G.; Argentieri, A.; Agyen, L.; Rogers, N.; Knight, D.; Sharp, G. C.; Maybin, J. A. y Olszewska, Z. (2021): “COVID-19 vaccination and menstrual cycle changes: A United Kingdom (UK) retrospective case-control study”, *MedRxiv*. DOI: <https://doi.org/10.1101/2021.11.23.21266709>.
- Azcona, G.; Bhatt, A.; Encarnacion, J.; Plazaola Castano, J.; Seck, P.; Staab, S. y Turquet, L. (2020): *From insights to action: Gender equality in the wake of COVID-19*. UN Women. Disponible en: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/09/gender-equality-in-the-wake-of-covid-19>
- Betron M. *et al.* (2019): “Time for gender-transformative change in the health workforce”, *The Lancet*, 393, (10171), pp. E25-E26.
- Bloom, S. S.; Arnoff, E. (2012): *Gender and health data and statistics: an annotated guide of resources*. WHO, USAID & EASURE. Disponible en: <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-12-52.html>
- Callaghan, T.; Moghtaderi, A.; Lueck, J. A.; Hotez, P.; Strych, U.; Dor, A.; Franklinn Flower, E. y Motta, M. (2021): “Correlates and disparities of intention to vaccinate against COVID-19”. *Soc Sci Med*, 272. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.113638.
- CDC, Center fo Disease Control and Prevention (2022): *Pregnancy or breastfeeding*, CDC. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/pregnancy.html>

- CE, Comisión Europea (2021): *Día Internacional de la Mujer 2021: la pandemia representa un gran reto para la igualdad de género. Informe del 5 de marzo de 2021*. Bruselas, EU. Disponible en: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/ip_21_1011.
- Cordina, M.; Lauri, M. A. y Lauri, J. (2021): "Attitudes towards COVID-19 vaccination, vaccine hesitancy and intention to take the vaccine". *Pharmacy Pract*, 19 (1). Disponible en: <https://dx.doi.org/10.18549/pharmpract.2021.1.2317>
- Danchin, M. H.; Costa-Pinto, J.; Attwell, K. *et al.* (2018): "Vaccine decision-making begins in pregnancy: correlation between vaccine concerns, intentions and maternal vaccination with subsequent childhood vaccine uptake", *Vaccine*, 36 (44), pp. 6473-6479.
- Dubé, E.; Vivion, M. y MacDonald, N. E. (2015): "Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: influence, impact and implications". *Expert Review of Vaccines*, 14 (1), pp. 99-117. Disponible en: <https://doi.org/10.1586/14760584.2015.964212>.
- Durrenda, O. (1993): "The medical ethics of the 'father of gynaecology,' Dr. J. Marion Sims", *Journal of Medical Ethics*, 19 (1), pp. 28-31.
- EB (2021): Public opinion in the time of COVID-19 (series marzo 2020 – junio 2021): Comisión Europea. Disponible en: <https://www.europarl.europa.eu/at-your-service/es/be-heard/eurobarometer/public-opinion-in-the-time-of-covid-19>.
- Galasso, V.; Profeta, P.; Foucault, P. y Pons, V. (2021): "COVID-19 vaccine's gender paradox", *MedRxiv*. DOI: <https://doi.org/10.1101/2021.03.26.21254380>.
- Haraway, D. (1991): *Simians, cyborgs, and women: the reinvention of nature*, Nueva York, Routledge.
- Haraway, D. (2016): *Staying with the trouble. Making Kin in the Chthulucene*, Duke University Press.
- Harding, S. (1986): *Feminismo y ciencia*, Barcelona, Morata, 1995.
- Holeva, V.; Parlapani, E.; Nikopoulou, V. A.; Nouskas, I. y Diakogianis, I. (2022): "COVID-19 vaccine hesitancy in a sample of Greek adults". *Psychology, Health & Medicine*, 27 (1), pp. 113-119. DOI: [10.1080/13548506.2021.1948579](https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1948579).
- IPSOS (2020): Women and Health in a world hit by the pandemic. IPSOS. Disponible en: https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2020-11/axa_women_covid_health-rapport_ipsos.pdf
- IPU-UN, Inter-Parliamentary Union, United Nations (2020): *Women in Politics: 2020*. Disponible en: <https://www.ipu.org/resources/publications/infographics/2020-03/women-in-politics-2020>

- Jaggar, A. M. (1989): "Love and knowledge: emotion in feminist epistemology", *Inquiry*, 32, (2), pp. 151-176.
- Jegade, A. S. (2007): "What led to the Nigerian boycott of the polio vaccination campaign?", *PLoS Med.*, 4 (3), e73.
- Knight, M.; Morris, R. K.; Furniss, J. y Chappell, L. C. (2020): "Include pregnant women in research-particularly COVID-19 research", *BMJ*, 370, p. 3305.
- Lacobucci, G. (2021): "COVID-19 and pregnancy: vaccine hesitancy and how to overcome it", *BMJ*, 375, p. 2862.
- Laspra, B. y Fernández Jiménez, R. (2022): "Factores que inciden en la predisposición a vacunarse en la población española". En N. Bueno Gómez y A. García Álvarez (Eds.), *La filosofía ante los retos de la pandemia y la nueva normalidad*, España, Catarata, pp. 173-196.
- Latinobarómetro (2020): *Opinión Pública Latinoamericana*. Disponible en: <https://www.latinobarometro.org/lat.jsp?Idioma=724>
- Lindeman, M.; Svedholm-Häkkinen, A. M. y Riekkari, T. J. J. (2022): "Searching for the cognitive basis of anti-vaccination attitudes", *Thinking & Reasoning*. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13546783.2022.2046158>
- Liu, K. A. y Mager, N. A. (2016): "Women's involvement in clinical trials: historical perspective and future implications", *Pharmacy practice*, 14 (1), p. 708.
- Longino, H. (1990): *Science as social knowledge*, Nueva Jersey, Princeton University Press.
- Lorini C.; Santomauro F.; Donzellini M.; Capecchi L.; Bechini A.; Bocalini S.; Bonanni P.; Bonaccorsi G. (2018): "Health literacy and vaccination: A systematic review". *Hum. Vaccines Immunother.* 14, pp. 478-488. DOI: 10.1080/21645515.2017.1392423.
- Maffía, D. (2005): "Conocimiento y emoción", *Arbor*, CLXXXI, (716), pp. 516-521.
- Maffía, D. (2007): "Epistemología feminista: la subversión semiótica de las mujeres en la ciencia", *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 12, (28), pp. 63-98.
- Maffía, D. y Suárez Tomé, D. (2021): "Epistemología Feminista", en Gamba, Susana B.; Diz, Tania (Coords.): *Nuevo diccionario de estudios de género y feminismos*, Buenos Aires, Editorial Biblos, pp. 217-220.
- Male, V. (2021): "Menstrual changes after COVID-19 vaccination", *BMJ*, 374 (2211). DOI: 10.1136/bmj.n2211.
- McCarthy, C. R. (1994): "Historical background of clinical trials involving women and minorities", *Acad Med.*, Septiembre, 69 (9), pp. 695-698.

- Murphy, J.; Vallières, F.; Bentall, R. P. *et al.* (2020): “Psychological characteristics associated with COVID-19 vaccine hesitancy and resistance in Ireland and the United Kingdom”. *Nat Commun* 12 (29). Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41467-020-20226-9>
- Naciones Unidas (2020): *Policy Brief: The impact of COVID-19 on Women*. Informe del 9 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2020/Policy-brief-The-impact-of-COVID-19-on-women-en.pdf>
- Papaseit, E.; García-Algar, O. y Farré, M. (2013): “Talidomida: una historia inacabada”, *Anales de pediatría*, 78 (5), pp. 283-287. 0.1016/j.anpedi.2012.11.022
- Pérez Sedeño, E. (1998): “De la necesidad, virtud”, en Ambrogi, A. (ed.), *La naturalización de la filosofía de la ciencia*, Palma de Mallorca, Universidad de las Islas Baleares, pp. 253-270.
- Presser, H.B. (1969): “The Role of Sterilization in Controlling Puerto Rican Fertility”, *Journal of Population Studies*, 23 (3), pp. 343-361.
- Roosenbeek, J.; Schneider, C. R.; Dryhurst, S.; Kerr, J.; Freeman, A. L. J.; Recchia, G. *et al.* (2020): “Susceptibility to misinformation about COVID-19 around the world”, *R Soc Open Sci.*, 7, pp. 201-199.
- Schernhammer, E.; Weitzer, J.; Laubichler, M. D.; Birmann, B. M.; Bertau, M.; Zenk, L. & Steiner, G. (2022): “Correlates of COVID-19 vaccine hesitancy in Austria: trust and the government”. *Journal of Public Health*, 44 (1), pp. 106-116. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab122>
- Schiebinger, L. (2004): *¿Tiene sexo la mente?*, Madrid, Cátedra.
- Sear, K. (2014): *The Making of a Modern Epidemic: Endometriosis, Gender and Politics*, Londres-Nueva York, Routledge.
- SEMG (2020): *Covid-18 Persistente*. 11 de noviembre de 2020. Disponible en: https://www.semg.es/images/2020/Noticias/20201111_Resultados_Encuesta_COVID_Persistente.pdf
- Shah, D. K.; Moravek, M. B.; Vahratian, A.; Dalton, V. K. y Lebovic, D. I. (2010): “Public perceptions of endometriosis: perspectives from both genders”, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 89 (5), pp. 646-650. DOI: 10.3109/00016341003657900.
- Skirrow, H.; Barnett, S.; Bell, S. *et al.* (2022): “Women’s views on accepting COVID-19 vaccination during and after pregnancy, and for their babies: a multi-methods study in the UK”, *BMC Pregnancy Childbirth*, 22 (1), pp. 33. doi: 10.1186/s12884-021-04321-3.
- Solsona i Pairó, N. (1997): *Mujeres científicas de todos los tiempos*, Madrid, Talasa.

- Suran, M. (2022): “Why parents still hesitate to vaccinate their children against COVID-19”, *JAMA*, 327 (1), pp. 23-25.
- Sykes, D. L.; Holdsworth, L.; Jawad, N. *et al.* (2021): “Post-COVID-19 Symptom Burden: What is Long-COVID and How Should We Manage It?”, *Lung*, 199, pp. 113-119. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00408-021-00423-z>.
- UK Medicine & Healthcare (2022): *Coronavirus vaccine-weekly summary of Yellow Card reporting*, Gov. UK. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/coronavirus-covid-19-vaccine-adverse-reactions/coronavirus-vaccine-summary-of-yellow-card-reporting#annex-1-vaccine-analysis-print>
- UK Obstetric Surveillance System (2021): *COVID-19 vaccination in pregnancy*. Disponible en: <https://www.npeu.ox.ac.uk/ukoss/completed-surveillance/covid-19-vaccination-in-pregnancy>
- Unión Europea (2022): *Women in times of COVID-19*. Flash Eurobarometer. Parlamento Europeo. Disponible en <https://www.ipsos.com/en/flash-eurobarometer-women-times-covid-19>
- Wajcman, J. (1991): *Feminism confronts technology*, University Park, PA, Universidad del Estado de Pennsylvania.
- WGH, Women in Global Health (2020): *Operation 50/50: Women's Perspectives Save Lives*. Disponible en: <https://www.womeningh.org/operation-50-50>
- WHO (2021): *Clinical long-term effects of COVID-19—Update 54*. 26 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/update-54-clinical-long-term-effects-of-covid-19>.
- Wilder-Smith, A. B. y Qureshi, K. (2020): “Resurgence of measles in Europe: a systematic review on parental attitudes and beliefs of measles vaccine”, *J Epidemiol Glob Health*, 10, pp. 46-58.
- Zintel, S.; Flock, C.; Arbogast, A. L.; Forster, A.; von Wagner, C. y Sieverding, M. (2021): “Gender Differences in the Intention to Get Vaccinated against COVID-19 - a Systematic Review and Meta-Analysis”. *SSRN*. DOI: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3803323>.

