

LA VACUNACION CONTRA EL HPV

Esta medida fue adoptada por el CI del SNS en octubre de 2007, a pesar de la enorme controversia en torno a ella y de la oposición de sectores científicos de la Salud Pública. Recordar el movimiento generado para la petición de una moratoria que fue desatendido por las esferas políticas. Hoy, presionados por los “recortes”, parece ser un buen momento para replantearse aquella decisión y aprovechar para que sean revisados los excesos del sistema, la medicalización y la iatrogenia que genera, los gastos evitables... y lo sean sobre bases científicas y racionales, independientes de intereses espurios.

En este documento se repasarán las razones que en su día se aportaron para pedir la MORATORIA. Los datos no están actualizados, como sería deseable, pero sirven para mostrar lo que se pretende.

1. La magnitud del problema

El Ca de cérvix tiene una **frecuencia muy baja** en nuestro país (12 casos por cada 100.000 mujeres); es el tercer país europeo con la frecuencia más baja y Europa es el lugar del mundo con frecuencias más bajas. Los países pobres son los que padecen una más alta frecuencia (y los que no disponen de dinero para comprar la vacuna en cuestión).

El Ca de cervix tiene una **progresión muy lenta**, de 10 a 30 años.

Existe una **prueba eficaz para la detección precoz**: la citología o Papanicolau.

En España, produce menos de 600 muertes al año en mujeres (el de mama provoca 6.000, el de colon 5.500, el de estómago 2.200, etc), con una tendencia descendente en todo Europa en las últimas décadas.

En Asturias, se registran unos 57 casos anuales (con tendencia descendente.) y 12 muertes¹, es decir, presenta una letalidad muy baja (el de mama 590 casos/186 muertes, el de colon 192/114, estómago 91/73, etc).

Los datos muestran que ni existió ni existe la EPIDEMIA que fue inventada para vender la vacuna. Además, no es un problema prioritario en nuestra población, aunque DEBE MEJORARSE su atención, como veremos más adelante.

2. Lo que conocemos respecto al HPV...

En población general, en nuestro medio, según las cifras conocidas, se estima una prevalencia de infección por HPV en torno al 3%, de las cuales el 90% se resuelven por

¹ Datos del Registro de Tumores año 2004 y del Registro de Mortalidad año 2005.

sí mismas, confiriendo inmunidad natural, y SÓLO el 10% se cronifican; serían éstas las que en un plazo de 10-30 años podrían desarrollar un cáncer de cervix.

Es decir, en una cohorte de 10.000 mujeres, se darían 300 infecciones por el HPV en alguna ocasión, de las cuales 270 se resolverían espontáneamente, 30 se cronificarían y, en dicha cohorte, se diagnosticaría (menos de) un caso de cáncer de cervix. Para que se produjera (o “evitara”) una muerte tendríamos que suponer una cohorte de 55.000 mujeres.

La prevalencia es muy superior -40%- en poblaciones en riesgo (prostitución, mujeres en cárceles...), lo que pone en evidencia las bolsas de INEQUIDAD.

Hay más de 100 tipos de HPV, 15 cancerígenos.

3. ... Y lo que NO conocemos!!!: Las interrogantes sobre la vacunación

En 2007 no podía ni puede decirse hoy que la vacuna del HPV “previene” el Ca de Cérnix ya que el seguimiento en las investigaciones se limita(ba) a un corto período de tiempo (en aquel entonces a seis años).

Se afirma(ba) que previene la infección por seis años ¿y después, cuál es la duración de la inmunidad?

Se estima(ba) que el “70% de los casos de cáncer de cervix en el mundo son producidos por el VPH 16 o 18” (y sigue afirmándose en el informe del ministerio). Sin embargo estudios posteriores muestran una realidad bien distinta: uno realizado en Asturias estima que la vacuna tetravalente (VPH 16/18/6/11) sólo “previene” el 40% de las infecciones y por tanto de los hipotéticos tumores². Datos de Cataluña³ encuentran las cepas 16 y 18 en exclusividad sólo en el 28% de los casos y en el estudio realizado en tres regiones de España ese porcentaje era del 30%⁴.

¿Qué ocurriría con el RESTO de tumores “no prevenidos”?... como consecuencia de ello SIEMPRE SE NECESITARÍA LA CITOLOGÍA.

Es decir, se trataba de añadir a la citología una prueba no inocua, cara e innecesaria.

¿Y qué ocurrirá con los “nichos ecológicos”?

¿Cuál sería el alcance de los efectos adversos en programas de vacunación masiva?

² Con datos de Asturias la tetravalente (VPH 16/18/6/11) Gardasil MERCK ofrecería una protección del 44,4% de todos los caso de CIN y la bivalente (VPH 16/18) Cervarix-Glaxo del 39% de todos los caso de CIN. En “Prevalencia de los genotipos del VPH en lesiones intraepiteliales escamosas en el Área Sanitaria III de Asturias”. XIX Congreso Anual de la AEPCC, 2007.

³ González-Bosquet E and col. Identificación de los genotipos de la vacuna del HPV en lesiones (CIN2-3) escamosas intraepiteliales (del cervix uterino). Gynecologic Oncology, 2008.

⁴ Gomez-Roman JJ y cols. APMIS 2009.

Además de estos interrogantes técnicos, hay otros factores de enorme trascendencia a sopesar: ¿la vacunación podría producir falsa seguridad en las mujeres vacunadas?, ¿se reduciría la protección –uso del preservativo- en las relaciones coitales? ¿disminuiría la participación de las mujeres en los programas de cribado periódico con citología?

Todas estas preguntas que se plantearon en su día para exigir la moratoria siguen vigentes.

4. Los costes de la estrategia de vacunación

Económicos:

Suponiendo que la vacuna funcionase en la prevención del cáncer de cuello uterino, para “prevenir” un caso de Ca de Cérvix, habría que vacunar a 10.000 niñas (que a un coste de 500 euros la vacuna) supondría 5 millones de euros!!! Y “prevenir” una muerte por este tumor el coste sería de 25 millones de euros!!!

Según datos del ministerio, la cobertura de vacunación contra el HPV pasó de un 77% en el año 2008-09, donde las campañas de uno y otro lado –institucionales, de algunas asociaciones profesionales, farmaindustria...- fueron enormemente agresivas, a un 65% en 2011-12.

En las cuatro campañas de vacunación, desde 2008-09 a 2011-12, promovidas por el ministerio y las CCAA, se han vacunado a las cohortes de niñas de 14 años (o 13 años, según la CCAA); estas cohortes comprendían unas 200.000 chicas cada año.

Aplicando las coberturas señaladas por el ministerio, en las cuatro oleadas de vacunación (de 2008 a 2012) se habrían gastado, **más de 200 millones de euros** (tomando como precio de la vacuna 300 euros), sólo en las vacunas, a lo que habría que añadir el tiempo gastado por el personal sanitario en estas campañas y otros costos intangibles.

ES EVIDENTE QUE LAS CIFRAS MUESTRAN EL NEGOCIO

Los costes humanos...

- Las muertes asociadas en vacunaciones masivas⁵
- Los efectos adversos (con frecuencia silenciados)⁶
- La falsa seguridad y sus consecuencias
- El estrés en población mayor no vacunada ...

⁵ New FDA Records Obtained by Judicial Watch Indicate 28 Deaths Related to Gardasil in 2008 Records Document 6,723 Adverse Reactions in 2008, Including 1,061 Considered "Serious" and 142 Considered "Life Threatening". <http://www.judicialwatch.org>.

⁶ Allison Gandey. HPV Vaccine Adverse Events Worrisome Says Key Investigator. J Epidemiol Community Health. 2008; 62:570-571.

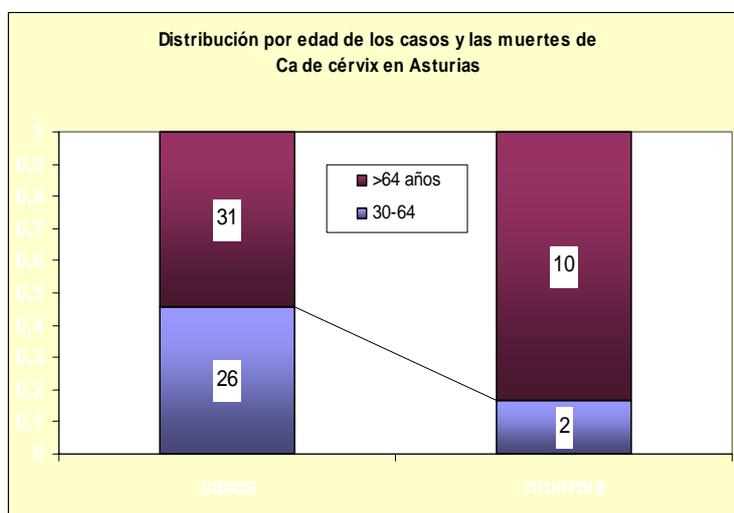
Como en su día afirmó Diane Harper, investigadora de la vacuna y crítica de la decisión de vacunación a población general, “... éste ha sido el mayor experimento de Salud Pública”.

5. Mientras se gastaron estos millones en la vacuna del HPV ¿qué ocurría con los programas de cribado del cáncer de cervix? ¿y con la promoción del preservativo?

Según datos del ministerio⁷, en España un 74% (entre el 82% y 62% según CCAA) de las mujeres adultas se habría realizado una citología en los últimos tres años.

En Asturias, según datos de la ESA de 2006, globalmente, un 78% de las mujeres se han realizado alguna vez una citología. Pero entre las mujeres de más de 60 años un 34% NUNCA se habían realizado la prueba (este porcentaje es mayor en edades superiores), mientras que en edades inferiores se produce una sobre-utilización, lo que muestra una INEQUIDAD evidente y un uso NO RACIONAL de los servicios.

Pues bien, analizando los datos del registro de cáncer, nos encontramos con que de un total de 57 casos de ca de cervix en 2004, 31 ocurren en mujeres mayores de 64 años y analizando los datos del registro de mortalidad vemos que de las 12 muertes ocurridas en 2005 por este tumor 10 fueron en mujeres >64 años. De estas muertes, 8 hubieran sido evitables si estas mujeres se hubieran beneficiado de un diagnóstico temprano y, por tanto, la letalidad del tumor (estadíos más precoces) fuera comparable a la de las mujeres más jóvenes.



Estos datos ponen de manifiesto la INEQUIDAD que produce un mal uso de los recursos sanitarios y una mala información-capacitación de la población y señalan la INEFICIENCIA del sistema sanitario en las políticas de gestión⁸, de sobra conocida.

⁷ Encuesta Europea de Salud, 2009

⁸ Carmen Mosquera Tenreiro. ¿Es la gestión sanitaria racionalizar y ordenar? Gac. Sanit, 2004; 18 (supl 3): 48

La promoción del preservativo:

Esta es la única medida preventiva en relación con TODAS las enfermedades de transmisión sexual –no sólo del HPV y no sólo de las cepas 16 y 18!!- además de ser la opción más adecuada en la prevención de embarazos no deseados en gente joven.

Sin embargo las políticas públicas dejan mucho que desear en este terreno, y optan repetidamente por la “pastilla” para “solucionar” supuestos problemas (¿). Fue el ejemplo de la financiación de la píldora postcoital (19 euros la dosis) para ser utilizada por las chicas y reducir el aborto en las jóvenes. Esta decisión adoptada por varias CCAA, no alcanzó su objetivo –la disminución de IVEs- ni fue adecuadamente evaluada⁹.

Por el contrario, no se invirtió en medidas integrales y con perspectiva de género: NO SE FINANCIÓ el preservativo -muchísimo más económico, eficaz y de amplio espectro- y se reducían, paulatinamente, los ya escasos recursos destinados a los programas de Educación Afectivo-Sexual. Es significativo, que en pleno siglo XXI, después de 20 años de empeño de las y los profesionales en estos proyectos en el ámbito escolar, y con una ley de Salud Sexual y Reproductiva aprobada en 2010 (que obliga?) NO se llegue con estos programas ni al 50% de los centros de educación secundaria y ya no hablemos de educación primaria!!

Parece que estas decisiones muestran sesgos e INEQUIDAD de género pero también señalan un enfoque bio-médico de la práctica clínica que contagia a la Salud Pública así como posibles presiones de e intereses con los lobbys farmacéuticos, que habría que desvelar y desterrar.

La vacuna del HPV es un ejemplo de mala planificación y gestión sanitaria y errónea decisión política, pero no es el único en el campo de las vacunas (ni en otros, p.e. el de los cribados): las “pandemias” (de pánico) inventadas de la gripe aviar y la gripe porcina -para vender la vacuna correspondiente y la sofisticada tecnología que la acompañó- merecen un análisis profundo sobre la im-pertinencia de tales medidas y los intereses que han movido estas decisiones y campañas (ocultando la relación con los riesgos que supone la (sobre)producción industrial de la carne).

EVALUAR CON RIGOR las actuaciones del sistema sanitario y de Salud Pública y sus consecuencias en la salud de la población nos situaría en mejores condiciones para reducir los errores y hacer un mejor uso de los recursos –y el dinero- público.

⁹ Carmen Mosquera. “El aborto y la píldora postcoital ¿nos estamos equivocando? XXVI Reunión Científica de la SEE, Girona, 2008

PROPUESTAS:

1. Quitar la vacuna del HPV del calendario vacunal de las chicas y NO incorporarlo al de los chicos (como ya se viene presionando). Hacer un seguimiento científico e independiente de las novedades en este campo.
2. Evaluar rigurosamente los resultados de los programas reales (no sólo los escritos) del uso de la citología en Asturias, por área sanitaria: las que SOBРАН y las que no se hacen y corregir los excesos y los defectos, compartiendo resultados y preocupaciones con la clínica, con un enfoque DESMEDICALIZADOR y de USO RACIONAL de los recursos. Informar adecuadamente a las mujeres, para que tomen sus propias decisiones y sean menos manipulables.
3. Promover el uso del preservativo GRATUITO, con un enfoque que co-responsabilice al hombre de sus actos, como persona humana. Dotar con recursos suficientes los programas de Educación Afectivo-Sexual con enfoque de género, para mejorar la salud de las personas y contribuir a corregir la INEQUIDAD existente.

Oviedo, 26 de julio 2012

Carmen Mosquera Tenreiro
Especialista en Salud Pública