

Vacuna del papiloma. Nueve cuestiones y una conclusión

Juan Gérvas, médico general rural jubilado, Equipo CESCA, Madrid, España
jjgervas@gmail.com www.equipocesca.org @JuanGrvas

Mercedes Pérez-Fernández, especialista en Medicina Interna, jubilada,
Equipo CESCA. mpf1945@gmail.com

1.- Los gérmenes, ¿producen siempre enfermedad?

No. Los gérmenes forman parte del conjunto de la materia viva, sólo a veces provocan enfermedades y en general contribuyen al esplendor de la vida misma.

Por ejemplo, en el cuerpo humano hay más material genético de gérmenes que del propio ser humano. Incluso nuestro material genético propio (de la especie humana) contiene fragmentos de material genético de virus, casi un 10% del total.

Los gérmenes que habitan el cuerpo de los humanos cumplen muchas funciones “sanas”, beneficiosas, como sintetizar vitamina K y ácido fólico en el intestino (productos esenciales), o producir ácido láctico en la vagina (con lo que se acidifica el ambiente, se impide el crecimiento de otros gérmenes patógenos y se mantiene la ecología vaginal normal).

Otro muchos gérmenes habitan el cuerpo humano pero no sabemos qué función tienen. Por ejemplo, los virus del papiloma, que viven en nuestra piel sin producir daño en general (pero a veces provocan las verrugas), o en la vagina. En la vagina tampoco dañan, excepto en algunos casos raros en que producen degeneración celular del cuello de útero.

De los más de 150 tipos de virus del papiloma, unos 15 tienen capacidad cancerígena en el cuello del útero y sólo cuando persisten infectando durante años (entre 20 y 30 años seguidos).

Dichos virus llegan a la vagina y al cuello del útero a través de la actividad sexual con penetración (la piel del pene ¿y la de los dedos?) y allí infectan a las células produciendo una reacción inmunológica que “aclara” (elimina espontáneamente) la infección en más del 90% de los casos.

Las mujeres jóvenes son más “fáciles” de infectar por el virus del papiloma humano, y por más tipos diferentes, quizá en relación con la “virginidad” de su sistema inmunológico celular del cuello de útero.

Con los años las mujeres desarrollan inmunidad celular en el epitelio del cuello del útero y se infectan más raramente.

2.- ¿Es correcto hablar de erradicación de enfermedades infecciosas?

No. Los humanos hemos convivido con gérmenes infecciosos a lo largo de toda nuestra evolución y hemos logrado una cierta “convivencia” que se complicó mucho con la domesticación del ganado y al vivir sedentariamente en núcleos urbanos.

Ciertamente, pudimos erradicar la viruela pues es causada por un virus que infecta sólo a humanos y contábamos con una vacuna sumamente eficaz.

Pero en general hay que aspirar modestamente a una gestión integrada de infecciones, en el mismo sentido que se controlan las plagas en agricultura que se basa en la puesta en marcha conjunta de una serie de medidas ecológicas orientadas a incrementar la protección de los cultivos como paso previo a la aplicación de fitosanitarios.

Dicha gestión integrada conlleva evitar el uso de fitosanitarios, que quedan como último remedio. Así, en paralelo, respecto a las enfermedades infecciosas, lo fundamental es mejorar la sociedad, los trabajos, las viviendas y los barrios, el acceso y depuración de aguas, la cadena alimentaria, la higiene individual y grupal, la redistribución de la riqueza, la democracia, el apoyo a las familias, el sistema sanitario, etc y emplear juiciosamente y como último remedio otros medios tipo antibióticos, antivirales, vacunas y cirugía. Como los fitosanitarios en la gestión integrada de plagas en agricultura, la cirugía es lo último, en infecciones “resistentes” como osteomielitis o fascitis necrotizante, o en acúmulos de pus, como la bartolinitis o en el absceso del psoas.

Si no mejoramos la sociedad o si pretendemos erradicar enfermedades infecciosas, terminamos abusando de los antibióticos y de las vacunas. Hay que tener en cuenta que ambos tipos de medicamentos tienen externalidad negativa; es decir, pueden hacer daño a terceros. Los antibióticos producen inevitablemente resistencia bacteriana, y más si se utilizan irracionalmente. También muchas vacunas producen daños a terceros; tres ejemplos: a/ la vacuna de la tosferina ha forzado la evolución de la bacteria y la ha hecho más agresiva, b/ la vacuna de la difteria facilita la difusión del germen al proteger contra la toxina al vacunado, pero no contra la infección ni el contagio y c/ la vacuna del neumococo fuerza la selección de gérmenes no incluidos en la misma.

Quienes hablan de erradicación de enfermedades infecciosas son arrogantes, están en torres de arrogancia sobre cimientos de ignorancia. Son arrogantes porque son asertivos (saben lo que hay que hacer, sin dudas), presuntuosos (aseguran beneficios sin daños, sin dudas) y despóticos (no admiten ni críticas ni dudas, son acientíficos).

3.- ¿Puedes comentar sobre el papel de las vacunas en salud pública?

Las vacunas son medicamentos de salud pública, que mejoran la salud de las poblaciones.

El beneficio de las vacunas es más comunitario que individual y por ello se aceptan daños. Por ejemplo, la vacuna del sarampión tiene un balance beneficio-daño muy a favor del beneficio y sin embargo produce una encefalitis por millón de vacunados (el sarampión en sí produce una encefalitis por mil casos de enfermedad). En cierta forma, pues, el individuo se “sacrifica” por la comunidad y, en buena lógica, la comunidad desarrolla sistemas rápidos y generosos de compensación por daños de vacunas, por ejemplo en Alemania, Austria, Francia, Italia, Japón, Noruega, Suecia y otros

muchos países (lo que no es cierto en España, donde puede llevar hasta 17 años el conseguir una mínima compensación en tribunales).

Las vacunas se han ido desplazando de salud pública a salud clínica, particularmente a la pediatría (a una pediatría comercial bien regada por las industrias de vacunas con millones de euros).

El desplazamiento del grueso de las vacunas de salud pública a pediatría les ha dado un componente más biológico, más individual, menos solidario, más comercial, menos científico, menos eficiente y más imperativo.

En síntesis, las vacunas se han convertido en un negocio y las industrias han encontrado un filón de oro a base de manipular a la población para vender todo tipo de vacuna creando miedo y sentimientos de culpa. Por ejemplo, en el caso de la vacuna del papiloma, asustando con una enfermedad y causa de muerte muy infrecuente en España (2,6 por 100.000; es decir, que el 99,7% de las mujeres no mueren de cáncer de cuello de útero) y que afecta básicamente a mujeres marginadas (sin techo, prostitutas, drogadictas, etc). Además, creando sensación de culpa en las familias si no vacunan a las niñas y engañando con una "opción feminista" para convencer a mujeres y varones.

En el mundo se dan unos 600.000 nuevos casos de cáncer de cuello de útero al año y unas 350.000 muertes, pero concentrado todo ello en los países pobres, donde se dan el 95% de tales casos y muertes.

Es importante recordar que la vacunación es un ejemplo primigenio de biopolítica, en el que lo deseable (conservación de la salud) se convierte en mandato (obligación moral y/o legal de ser vacunado, en este ejemplo).

Las "autoridades", políticos, médicos, técnicos, expertos, periodistas y demás, establecen un discurso y unas normas (siguiendo las indicaciones de los departamento de propaganda de las industrias) que generalmente se imponen a la sociedad, sin mucho diálogo.

4.- ¿Cómo se distingue el uso profiláctico del uso curativo de las vacunas?

Las vacunas se emplean generalmente como profilaxis pues son medicamentos profilácticos (que evitan la enfermedad, o disminuyen sus daños).

Algunas vacunas tienen doble uso, como profilaxis y como tratamiento. Por ejemplo, la vacuna contra la rabia se suele utilizar como tratamiento, tras el contagio, en la Unión Europea tras la mordedura por murciélago (cuando antes mejor). En casos especiales se puede vacunar preventivamente, por ejemplo personal de investigación sobre murciélagos o en espeleólogos que visiten con frecuencia cuevas con murciélagos).

La vacuna contra el papiloma de tener algún uso sería el profiláctico (la vacunación de vírgenes, que no hayan tenido actividad sexual) pues se ha demostrado que la vacuna es perjudicial (en el sentido de incrementar la posibilidad de cáncer de cuello de útero) si hay ya contagio por el virus del papiloma.

Hay ginecólogos y ginecólogos y, como en toda profesión, los hay honrados y sensatos. Pero los hay que recomiendan la vacuna contra el virus del papiloma humano en sus consultas privadas y públicas a las mujeres con alteraciones en la citología e incluso, en su caso, tras la conización.

El consejo es breve y contundente: “La vacuna le ayudará a vencer la enfermedad”. Las mujeres cumplen la recomendación y compran la vacuna (hasta 173 euros la dosis, y son tres dosis).

Las mujeres creen de verdad que “La vacuna ayuda a vencer la enfermedad” pero tal recomendación carece de ciencia y de ética.

Tales ginecólogos se convierten en astrólogos negociantes al hacer una recomendación de ese estilo pues la vacuna no es curativa (y por ello no está indicada para infecciones activas del virus del papiloma) ni tiene efecto sanador sobre enfermedad clínicamente establecida.

5.- ¿Qué información se precisa para valorar una vacuna?

Para valorar apropiadamente una vacuna, por ejemplo la vacuna del papiloma, precisaríamos tener estudios en que hubiera datos, al menos, de siete variables:

1/ incidencia de cáncer de cuello de útero, localizado e invasivo, ajustado por tipo de virus encontrado, y su relación con los antígenos de virus de la vacuna utilizada,

2/ incidencia y mortalidad por efectos adversos de la vacuna,

3/ incidencia y beneficios generales, por ejemplo de conificaciones evitadas, sobre equidad, etc,

4/ mortalidad por cáncer de cuello de útero,

5/ incidencia y mortalidad por todo tipo de cáncer,

6/ mortalidad global, por todas las causas,

7/ control del sesgo sano vacunado (se vacuna la población más sana y concienciada) como incidencia y mortalidad por accidentes de tráfico, laborales y domésticos, caídas, quemaduras, fracturas, etc.

De estas siete variables no tenemos ningún dato. Y son importantísimos, pues, por ejemplo, una vacuna del papiloma podría disminuir la incidencia de cáncer de cuello de útero por los virus contra los que se vacuna pero, al dejar el “nicho vacío”, otros virus podrían ser más agresivos e incrementar los casos de cáncer de cuello de útero y, al cambiar la inmunidad, aumentar los casos de todo tipo de cáncer y su mortalidad, que es lo que se ha demostrado en los ensayos clínicos.

Las vacunas tienen efectos no-específicos, sin relación con la enfermedad contra la que se vacuna, tanto positivos como negativos. Por ello conviene tener idea de la mortalidad global, que puede aumentar con algunas vacunas concretas (por ejemplo, en niñas vacunadas con la vacuna de tosferina, difteria y tétanos).

Además de las dudas sobre la seguridad hay múltiples cuestiones que llaman a la cautela pues carecemos de información suficiente. Entre ellas:

- 1/ Subgrupos de riesgo. Se desconoce si la efectividad de la vacuna es igual en todas las mujeres o no, lo que daría idea de la necesidad de actuar sobre grupos concretos o sistemáticamente en toda la población.
- 2/ Poblaciones de bajo riesgo. La baja prevalencia de cáncer de cuello de útero e infecciones por el virus del papiloma en España debe hacer pensar que la eficacia no es directamente extrapolable aquí.
- 3/ Infecciones previas. Se sabe que la vacuna no elimina la infección, pero no qué efecto clínico tendría vacunar a mujeres con infecciones previas. Hay datos que sugieren que esto aumentaría el riesgo de displasia, pudiendo paradójicamente condicionar mayor riesgo de evolución a cáncer de cuello de útero.
- 4/ Coinfecciones múltiples. Se desconoce el efecto de la vacuna en mujeres con coinfecciones por otros virus como herpes, inmunodeficiencia humana, etc.
- 5/ Grupos de edad. Aunque la ficha técnica de ambas vacunas autoriza su administración a partir de los 9 años de edad, los estudios disponibles solo han incluido a mujeres entre 15 y 45 años; en niñas a partir de 9 años únicamente se han realizado estudios de inmunogenicidad.
- 6/ Interferencia con otras vacunas y enfermedades. Se desconoce el efecto inmunológico de su administración conjunta con otras vacunas o qué situaciones pudieran disminuir su efectividad, como inmunodeficiencia o enfermedades autoinmunitarias.
- 7/ Relajación de medidas protectoras. La falsa sensación de seguridad al vacunar a escolares y adolescentes podría relajar las medidas preventivas de salud pública, y reducir la efectividad de la vacuna.
- 8/ Inmunidad a largo plazo. Hay dudas sobre el mantenimiento de la inmunidad de la vacuna. También se desconoce su efecto sobre la inmunidad natural. La vacuna produce anticuerpos en sangre mientras la inmunidad natural los producen en las células del cuello del útero. En todo caso, en Australia las industrias devolverán el dinero de las vacunas si la inmunidad dura menos de 30 años.
- 9/ Protección cruzada y de rebaño. Se postula que la vacuna posee potencial de protección cruzada (a tipos no incluidos en la vacuna) y de inmunidad de rebaño (a personas no vacunadas), lo que añadiría beneficios a los mostrados hasta ahora. Sin embargo, parece que el grado de inmunidad cruzada es bastante modesto, si alguno.
- 10/ Reemplazo de tipo. Se ha observado que algunas vacunas sistemáticas pueden provocar desequilibrios en la ecología local de los gérmenes favoreciendo el desarrollo de otros tipos no incluidos en la vacuna, como sucede con la vacuna del neumococo. Si se confirmara el reemplazo de tipo, habría que estudiar su impacto sobre la incidencia y agresividad de lesiones premalignas y malignas.
- 11/ Ética. Son muchas las cuestiones éticas ignoradas, como la falta habitual de un consentimiento informado y la “imposición” social con la vacunación en las escuelas. También el debate acerca de introducir una actividad de

prevención primaria (la vacuna) que no evita la necesidad de mantener un programa de prevención secundaria (la citología y/o determinación del contagio por el virus del papiloma).

12/ Gasto. La vacuna del papiloma es una vacuna cara, cuesta más que todas las vacunas básicas juntas. Se suma al coste de otras muchas nuevas vacunas, cada vez más caras y para enfermedades más infrecuentes.

6.- ¿Qué es el sesgo del “sano vacunado”?

El sesgo del sano vacunado (“healthy bias”) es un sesgo típico de las actividades preventivas pues suelen ser más aceptadas por quien menos las precisan.

En general, la prevención traslada tiempo y dinero sanitarios desde los pobres a los ricos, de enfermos a sanos, de analfabetos a universitarios y de ancianos a jóvenes. Por ello la prevención es profundamente inequitativa, como se demuestra respecto a las vacunaciones.

Así, la prevención logra casi resultados milagrosos, literalmente imposibles. Por ejemplo, la vacuna de la gripe llega a disminuir la mortalidad total casi a la mitad, incluso cuando no hay epidemia de gripe; también disminuye los infartos de miocardio y otras muchas enfermedades. En otro ejemplo, los medicamentos para el colesterol disminuyen las muertes por infartos de miocardio, accidentes de tráfico, laborales y domésticos, quemaduras, etc. Lo mismo se ha demostrado respecto a las vacunas de la covid, que disminuyen la mortalidad en general.

Gran parte del efecto beneficioso atribuido a las actividades preventivas, vacunas incluidas, se deben al sesgo del sano vacunado y por ello se consiguen resultados espectaculares.

Otra forma del sesgo del sano vacunado es el uso de servicios; por ejemplo, en Escocia, las mujeres que se vacunan contra el papiloma luego participan el doble en los programas de cribado de cáncer de cuello de útero (citología y demás) que las no vacunadas.

7.- ¿Qué es la vacunancia?

La vacunancia es la visión mágica de las vacunas, una visión que las convierte en medicamentos milagrosos, con beneficios extraordinarios.

Por ejemplo, en vacunancia ya se sabe: "Todo efecto beneficioso es causal. Todo daño es casualidad" Los beneficios tienen causa unívoca (la vacuna), sin ninguna duda, mientras los daños tienen multicasualidad y causas discutibles (nunca la vacuna).

Según la vacunancia el uso racional de las vacunas es utilizarlas todas y siempre pues hay dos lemas clave: “las vacunas salvan vidas” y “las vacunas funcionan”.

La vacunancia niega el debate científico y ético sobre el mejor uso de las vacunas, sobre su efecto en evitar sufrimiento y muertes cuando se utilizan adecuadamente las eficientes.

Mucha vacunancia se sostiene con estudios que no corrigen el sesgo de sano vacunado.

8.- ¿Puedes valorar la vacuna del papiloma en los ensayos clínicos aleatorizados y en la práctica (estudios observacionales)?

En los ensayos clínicos aleatorizados se elimina el sesgo del sano vacunado, que no se elimina en los estudios observacionales.

En los ensayos clínicos aleatorizados se elige al azar a quién vacunar y a quién no vacunar (el azar hace que los grupos de comparación sean similares en todo, incluyendo respecto a salud).

En los estudios observacionales se vacuna quien quiere (y quien quiere suele ser quien está más sano, quién tiene mejor salud).

En los ensayos clínicos controlados aleatorizados a largo plazo de vacunas contra el papiloma en mujeres de 24 a 45 años se demostró que la mortalidad total y la mortalidad por cáncer se multiplicaron por 5,0 y 7,4 veces, respectivamente. Ningún estudio demostró impacto alguno en la incidencia del cáncer invasivo relacionado con el virus del papiloma.

Aunque no hay ensayos clínicos aleatorizados que demuestren que la vacuna del papiloma reduzca la incidencia de cáncer cervicouterino invasivo, hay cinco estudios observacionales que indican una reducción aparente del cáncer de cuello de útero (o relacionado con el virus del papiloma) y un estudio observacional que demostraba una aparente reducción del cáncer anal en mujeres. Sin embargo estos aparentes efectos protectores desaparecieron tras ajustar por el efecto del sesgo del sano vacunado” (“más sanos vacunados”) (“healthy bias”).

Entre las mujeres que recibieron la vacuna a la edad de 17 o más años, se multiplicó por 2,8 la incidencia de desarrollar cáncer anal. Son frecuentes los efectos adversos graves de la vacuna del papiloma como disminución de la fertilidad, enfermedades autoinmunes, problemas cognitivos y trastornos del movimiento.

En la práctica, en los estudios observacionales, todo son alharacas y vacunancia pues las vacunadas consiguen no tener casi lesiones del cuello del útero, y por supuesto no hay casi efectos adversos. Estos estudios son los que se difunden por los medios y “expertos”.

Contra tal desinformación, la realidad es que no disminuye ni la incidencia ni la mortalidad por cáncer de cuello de útero en los países “emblemáticos” en los que se anuncia la próxima “erradicación” del cáncer de cuello de útero, como Australia, Canadá y Suecia. Tampoco disminuye en España.

9.- ¿Qué nombres y organizaciones han sido importantes respecto a la vacuna del papiloma?

Tuvo mucho impacto el movimiento de la “Moratoria” coordinado por la Red CAPS, de profesionales sanitarias lideradas por Carme Vals (médica), Margarita López Carrillo (documentalista) y Leonor Taboada (periodista, Revista MYS, Mujeres y Salud), con apoyo de varios catedráticos de salud

pública, fundamentalmente Carlos Álvarez Dardet y también Miquel Porta, Idefonso Hernández, etc y una multitud de profesionales y legos (hasta 8.000 firmaron la Moratoria).

En noviembre de 2007 se pronunció contra la introducción de la vacuna del papiloma la Junta Directiva de la Sociedad Española de Salud Pública (SESPAS) que estaba presidida por Lluís Bohigas (economista), y contaba con Anna García-Altés, Enrique Bernal y Pere Ibern, entre otros.

Elena Salgado Méndez (ingeniera, economista) fue ministra de Sanidad cuando se pretendió introducir la vacuna del papiloma. Su oposición le llevó a la dimisión y a un cambio de ministerio (fue también vicepresidenta del Gobierno de España).

“El ministro de la vacuna del papiloma” fue Bernat Soria (médico), también del PSOE, quien sustituyó a Elena Salgado en julio de 2007 y en agosto de 2007, tras un Consejo de Ministros, anunció en conferencia de prensa que el Gobierno había aprobado la vacuna contra el virus del papiloma. Algo insólito en nuestro país pues, como es sabido, los medicamentos los aprueba la Agencia gubernamental correspondiente cumpliendo con los informes de la Agencia Europea del Medicamento. Bernat Soria cesó en abril de 2009.

Un mes después abandonar el Ministerio de Sanidad fue contratado por la Junta de Andalucía (del PSOE) como directivo de la Fundación Progreso y Salud, con un sueldo de 150000 euros, el doble de su sueldo de ministro y "la nómina más alta de toda la Administración andaluza". Hasta 2019 habría cobrado aproximadamente 1,5 millones de euros a pesar de ser un empleado fantasma que no acudía al puesto de trabajo ni desempeñaba actividad conocida.

Según un informe de la asesoría privada PwC Tax & Legal Services, Soria habría tenido negocios privados al margen de su puesto en la Junta, abriéndosele el 8 de enero de 2019 un expediente informativo por su vinculación con seis sociedades. Entre las empresas destacaba Newbiotechnic, donde Soria era administrador y Alirober Consulting "que tenía el mismo objeto que el centro público en el que trabajaba y donde figuraba como administradora única la hija". Fue despedido fulminantemente en mayo de 2019 (desde enero la Junta de Andalucía del PP y Ciudadanos) "tras haberse comprobado que se ha saltado la cláusula de exclusividad comprometida con su puesto".

En sentido contrario, a destacar la labor de Gaspar Llamazares, médico y diputado por Asturias de Izquierda Unida, quien trabajó incansablemente y sin éxito porque se retirara la vacuna y se tratara con dignidad y ciencia a las afectadas por sus efectos adversos.

A favor de la vacuna del papiloma y con importantes conflictos de interés en forma de ingresos de las industrias, Federico Martínón (pediatra) desde el inicio y constantemente, incluyendo su trabajo de descrédito de las afectadas por reacciones adversas.

Siempre hemos contado con NoGracias, con todas las juntas directivas, coordinadas sucesivamente por Carlos Ponte, Abel Novoa y Roberto

Sánchez. Con ese grupo hemos participado los dos firmantes en múltiples ocasiones.

Conclusión

La vacuna del papiloma es una vacuna a evitar, en niñas y en adultas, y en niños.

Dicha vacuna no disminuye las muertes por cáncer de cuello de útero, e incrementa las muertes por cáncer en general y el total de muertes.

La vacuna contra el virus del papiloma carece de efectividad (o es incluso perjudicial) en las mujeres infectadas previamente. La vacuna contra el virus del papiloma no es curativa, no sirve para curar lesiones del cuello del útero (resultados anormales de la citología, o tras conizaciones). "La vacuna nunca le ayudará a vencer la enfermedad" deberían decir los ginecólogos.