

CARTA AL EDITOR – LETTER TO EDITOR

De una buena investigación a una decisión precipitada: la vacuna frente al virus del papiloma humano

*Drs. Ildelfonso Hernández Aguado, Miquel Porta Serra
Catedráticos de Medicina Preventiva y Salud Pública de las Universidades Miguel
Hernández y Autónoma de Barcelona, España.*

CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

E-mail: ihernandez@umh.es

Acta Científica Estudiantil 2008; 6(1):30-33.

Recibido 11 Oct 07 – Aceptado 13 Dic 07

En los años 80 se desarrolló una extensa y acertada investigación sobre las causas del cáncer de cuello uterino que finalmente concluyó demostrando que el virus del papiloma humano es causa necesaria de este cáncer [1-3]. La infección por algunos tipos de este virus -los tipos 16 y 18 son particularmente relevantes- es necesaria en casi todos los casos para que se desencadene el proceso que puede desembocar en un cáncer invasivo. La infección por el virus del papiloma humano que es de transmisión sexual, es muy frecuente y se adquiere muy pronto desde el inicio de las relaciones sexuales. Afortunadamente la gran mayoría de las infecciones por este virus son autolimitadas y en una proporción muy reducida de casos el virus perdurará y producirá cambios que darán lugar a cáncer invasivo y muerte [4].

El hecho de que la causa necesaria del carcinoma de cuello uterino fuese un virus, estimuló el estudio de la posibilidad de prevenirlo mediante una vacuna que evitase la infección. Recientemente se publicaron los resultados favorables de dos vacunas que evitan la infección por los dos tipos del virus del papiloma oncogénicos antes mencionados [5-6]. Una de las vacunas (llamada cuadrivalente) también evita la infección por los tipos del virus del papiloma (6 y 11) que causan los condilomas acuminados (verrugas genitales). Las investigaciones muestran que estas vacunas, previenen la infección y reducen el riesgo de lesiones preneoplásicas. Aunque aún no se ha demostrado que evite el cáncer de cuello uterino invasivo porque los estudios tienen un seguimiento muy corto como para probar tal resultado, parece verosímil que pudiesen reducir la frecuencia de la forma invasiva y por tanto la mortalidad asociada a este cáncer.

Todavía quedan muchas preguntas por contestar sobre la efectividad de la vacuna y más aún antes de decidir la introducción en el calendario vacunal en España [7]: ¿Qué efectividad real tendrá en la reducción del cáncer de cuello uterino?, ¿cuántas niñas de 11 años hay que vacunar para evitar qué y cuándo?, ¿cuáles son los objetivos explícitos de la vacunación?, ¿es la vacunación sistemática la mejor estrategia disponible para la prevención del cáncer ahora mismo en España?, ¿es esta la mejor estrategia de salud pública para mejorar la salud de las españolas?, ¿qué seguridad tendrá la vacuna cuando se vacunen a amplios grupos de población?, ¿qué duración tendrá la inmunidad?, ¿quién corre

con los gastos de las dosis de recuerdo?, ¿qué influencia tendrá la vacuna en la epidemiología de otros tipos del virus del papiloma? ¿habrá sustitución de tipos anulando completamente el efecto de la vacuna?, ¿qué impacto tendrá en lugares como España con cribados mal organizados?, ¿qué impacto tendrá en otras acciones preventivas por parte de la población?, ¿cómo se compara la vacunación frente al VPH con otras acciones de salud pública más urgentes de y de mayor repercusión en la salud de los españoles?.

Éstas y otras cuestiones relacionados se han remitido a las autoridades sanitarias españolas, tanto estatales como autonómicas, para su consideración; sin embargo, se ha decidido incorporar al calendario de vacunas común para todas las niñas la inmunización contra el virus del papiloma humano. Antes de que las autoridades sanitarias adoptasen la decisión por acuerdo general, algunas comunidades autónomas gobernadas por el Partido Popular o por nacionalistas democristianos habían anunciado la implantación de la vacuna independientemente de la decisión del resto de gobiernos. En salud pública se suele aceptar que las decisiones sobre el calendario vacunal deben tener un acuerdo general, ya que parte de su éxito se basa en la confianza pública y ésta puede quebrarse si se observan decisiones heterogéneas sobre la introducción de distintas vacunas. Se lamenta la falta de consenso, pero peor aún es la ausencia de transparencia sobre las razones que motivan las decisiones, consecuencia entre otras razones de la falta de costumbre que muchos políticos tienen en la rendición de cuentas. En este caso parece que ninguna autoridad sanitaria ha querido quedarse atrás.

Es interesante examinar el contexto y las posibles razones que explican una decisión precipitada que afecta a piezas clave de la política de salud pública, de la medicina preventiva y de la medicina clínica.

La cobertura de la detección precoz del cáncer de cuello uterino en España es baja y se hace menos a quien más la necesita –contribuyendo a la inequidad en salud-, además la calidad de los procedimientos es dudosa [8]. Este hecho por todos conocidos, al menos por todos los profesionales implicados, no ha motivado durante años ninguna toma de postura decidida para modificar las cosas. Mientras tanto, en el Reino Unido, por ejemplo, se ha demostrado como la mejora de la calidad del cribado de cáncer de cuello uterino puede reducir la mortalidad (el 80% de los cánceres invasivos) y las intervenciones innecesarias, uno de los mayores problemas de este tipo de detección precoz. Las sociedades científicas que se han apresurado a recomendar la vacunación sistemática de las niñas españolas, no han sido tan exigentes para presionar o influir en que se organizara la detección precoz de forma adecuada. Los gestores sanitarios, los profesionales de salud pública y los que toman las decisiones, también han sido muy proclives a recomendar la vacuna, pero han sido incapaces de trazar un plan adecuado y dotarlo de recursos suficientes para establecer una estrategia global de prevención del cáncer. No debemos olvidarnos de que además de que se hace mal la detección precoz de cáncer de cuello uterino, la cobertura del cribado de cáncer de mama no alcanza las proporciones adecuadas, precisamente el cáncer más frecuente en la mujer en España y que causa al menos 10 veces más muertes que el cáncer de cuello uterino. A ello se une el retraso diagnóstico y

terapéutico en cáncer cada vez más prevalente que resalta la necesidad de que antes de hacer más cosas, nuestro servicio nacional de salud debe hacer mejor –y sólo- lo que está demostrado que vale la pena [10]. Es en este contexto en el que aparecen los resultados de una investigación innovadora y de calidad proponiendo la vacuna que nos ocupa y en el que se la mayoría se decide a recomendarla sin adoptar políticas sanitarias decididas que mejoren globalmente la prevención del cáncer en España. El resultado previsible es que continuaremos con un cribado mal organizado que además puede empeorar si los cambios necesarios que en el futuro deben adoptarse para adaptarlo a la introducción de la vacuna y de nuevas pruebas no se ordenan adecuadamente. Tardaremos muchos años en detectar cualquier modificación en la mortalidad por cáncer de cervix, entre otras cosas por la baja frecuencia en España que impide detectar pequeñas modificaciones de las tendencias. Esperemos por otro lado que la vacuna no tenga efectos graves que puedan detectarse únicamente cuando se vacunen grandes segmentos de población, ya que podría compensar negativamente cualquier beneficio.

Entre las posibles razones para la decisión adoptada podemos citar las siguientes: el prestigio de las vacunas; el deslumbramiento ante la innovación científica; las presiones de los grupos de interés; y, las formas de la política sanitaria.

Las vacunas tienen un atractivo especial porque es una medida preventiva muy sencilla comparada con los otros dos pilares de la medicina preventiva individual: el consejo preventivo y la detección precoz. Esta sencillez motiva las preferencias no sólo de los profesionales de salud pública y los sanitarios en general sino también de la población. Entre gestionar un programa de calidad de detección precoz que precisa de una gran determinación y perseverancia – características que deben guiar la acción de salud pública- frente al prestigio social de decidir la inclusión de una vacuna, sólo los convencidos del interés general apuestan por el cribado (asumiendo que ésta sea la opción con mejor coste oportunidad). Además las vacunas gozan de la brillantez añadida de la investigación. La vacuna del papiloma virus, que usa partículas parecidas a virus, supone una innovación muy atractiva con un potencial preventivo cierto y amplio en países en desarrollo si se consigue reducir el precio. La calidad científica de los estudios que están en el origen de su desarrollo da a la vacuna un valor añadido para su aceptación y a veces deslumbra a los poco avisados. La industria marca la agenda de la introducción de las innovaciones en tecnología sanitaria guiada por sus legítimos intereses comerciales; esto influye en que las decisiones en política sanitaria parezcan seguir en ocasiones una agenda determinada por otros más que guiarse por el establecimiento de las estrategias que mejor oportunidad tienen para mejorar la salud de la población. Además de marcar la agenda investigadora, la industria ejerce presiones por los medios que tiene a su alcance incluido una activa influencia en sectores que perfilan la opinión pública a través de los medios de comunicación y la convocatoria de centenares de reuniones con asistencia de profesionales implicados en la prevención del cáncer o de la infección por el virus del papiloma.

Las formas de la política en general y de la política sanitaria en particular han contribuido también a que la vacuna se abra paso. El hecho de que algunas

comunidades autónomas ya anunciaban que incluirían la vacuna en sus programas electorales (Partido Popular en Castilla la Mancha) tiene un efecto perturbador para la toma de decisiones sosegada y acordada por las autoridades de salud pública española, los anuncios de otras comunidades autónomas, antes mencionados, van en la misma dirección, crean presión a sabiendas del prestigio social de las vacunas y de un entorno mediático favorable que dificulta decisiones alternativas. Esta irresponsabilidad se acompaña de la infrecuencia de la justificación y explicación de las decisiones. Sin embargo, la irresponsabilidad de algunos no deberían ser la coartada para que las decisiones sobre la salud de los españoles se tomen sin la transparencia exigible y sin fundamentarlas adecuadamente.

Referencias

1. Bosch FX, Munoz N. The viral etiology of cervical cancer. *Virus Res* 2002;89:183-90.
2. Bosch FX, Lorincz A, Munoz N, Meijer CJ, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002;55:244-265.
3. Muñoz N, Bosch FX, de Sanjosé S, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med* 2003;348:518-527.
4. Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez AC, Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet* 2007; 370: 890–907.
5. FUTURE II Study Group. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent high-grade cervical lesions. *N Engl J Med*. 2007;356:1915-27.
6. Paavonen J, Jenkins D, Bosch FX, Naud P, Salmeron J, Wheeler CM, et al. Efficacy of a prophylactic adjuvanted bivalent L1 virus-like-particle vaccine against infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: an interim analysis of a phase III double-blind, randomised controlled trial. *Lancet*. 2007;369:2161-70.
7. Kahn JA, Burk RD. Papillomavirus vaccines in perspective. *Lancet* 2007;369:2135-7.
8. Luengo Matos S, Muñoz Van den Eynde A. Use of Pap Tests for Cervical Cancer Screening and Factors Related With Use in Spain. *Aten Primaria* 2004;33:229-36
9. Raffle AE. Challenges of implementing human papillomavirus (HPV) vaccination policy. *BMJ* 2007; 335:375-7.
10. Porta Serra M, Hernández Aguado I. ¿Hacer más o hacer mejor lo que hay que hacer? Una reflexión cultural ante las nuevas tecnologías de prevención. *Eidon* 2007;24:6-11.