

ENTREVISTA

Dra Isabel Serrano
La sexualidad
es una forma
mágica
de comunicación

INVESTIGACIÓN:

sexismo en Los
Laboratorios de
neurociencias

REPRODUCCIÓN ASISTIDA

DIARIO
de La quinta
inseminación.
En carne viva



DOSSIER
vacuna
papiLoma:
¿Protección
de Las NIÑAS...



o de La
industria?

staff

CONSEJO DE REDACCIÓN

Leonor Taboada Spinardi,
Directora MyS

Carme Valls Llobet,
Presidenta CAPS

Montserrat Cervera Rodon,
Margarita López Carrillo,
Redactoras

COMITÉ ASESOR

Charo Altable Vicario

Lucía Artazcoz Lezcano

Vita Arrufat Gallén

Enriqueta Barranco Castillo

Consuelo Catalá Pérez

Montse Catalán Morera

Malen Cirerol Golliard

Emilce Dio Bleichmar

Mari Luz Esteban Galarza

Anna Freixas Farré

María Fuentes Caballero

Asunción González de Chavez
Fernández

María Isabel Matamala Vivaldi
(RSMLAC)

Neus Moreno Sanz

Judy Norsigian (Colectivo de Boston)

Teresa Ortiz Gómez

Victoria Sau Sánchez

Fina Sanz Ramón

Verena Stolke

María José Varela Portela

EDICIÓN

CAPS (Centro de Análisis y Programas
Sanitarios)

París, 150. Barcelona 08036

Tl. 93-3226554

e-mail: caps@pangea.org

Web: <http://mys.matriz.net>

Diseño y maquetación: verbigrafia:
www.verbigrafia.com

Impresión: ESMENT, Centre Especial de
Trellall d'AMADIP

Depósito legal: PM 765-1996

¡Todas somos MYSES!!
Pedimos tu apoyo para divulgar la revista,
buscar suscriptoras, entidades, instituciones,
bibliotecas, amigas y vecinas.
Te necesitamos para que este proyecto
de todas continúe, crezca y sea conocido
y amado por muchas más mujeres
de todo el mundo.

¡suscríbete!



sumario

editorial

Algunas preguntas ante la vacuna contra el VPH. Carmen Mosquera. 3

cartas

Permiso para ovular

¿Dónde está la medicina preventiva?

. 4

La entrevista

Isabel Serrano. "La sexualidad es una forma mágica de comunicación"

Leonor Taboada. 6

reproducción asistida

Diario de la quinta inseminación en carne viva. A.G 10

ARTÍCULOS

La hormiguita que tenía una antena torcida. Julia Nómade 14

Días que nunca se olvidan. Rita Gavarró. 16

investigación

El sexismo en los laboratorios de neurociencias. Luz María Galindo. 17

vacuna vph

¿Vacunación masiva de las niñas para una epidemia que no existe?

Leonor Taboada. 19

La vacuna desde el punto de vista de la atención primaria en España.

Juan Gérvas 20

La vacuna contra el VPH resalta la necesidad de más citologías

Judy Norsigian y Heather Stephenson 24

Información para madres y padres. ADIBS 26

Papiloma humano. Preguntas y advertencias. Abby Lippman y Carolyn Shimmin 27

Vacunar contra el VPH: implicaciones de una decisión

Ildefonso Hernandez y Miquel Porta. 31

Los pros y contras de una vacuna. Andreu Segura 34

Revisemos la prevención de las enfermedades ginecológicas. Carme Valls Llobet 36

Al cierre 38

dsq 39

EL grupo 40

mys Libros 41

en movimiento. 43

minidosis 44



Carmen Mosquera
Tenreiro
Médica - epidemióloga.

ALgunas preguntas ante La vacunación contra el VPH

Ante la aprobación por unanimidad de todas las Comunidades Autónomas de la inclusión de la vacuna del virus del papiloma humano en el calendario vacunal del Servicio Nacional de Salud, la revista Mys ha dedicado este número a recoger opiniones científicas e independientes desde las asociaciones de mujeres por la salud hasta las provenientes del ámbito de la Salud Pública. Son muchas las preguntas que nos hacemos y las dudas que no tienen respuesta.

¿Por qué esta súbita preocupación de las autoridades sanitarias por el cáncer de cérvix, siendo España uno de los países con incidencia más baja del mundo?. Es curioso que un tumor de baja frecuencia, de desarrollo muy lento, fácilmente detectable por la citología periódica, de diagnóstico seguro y tratamiento eficaz, se haya convertido mediáticamente en una epidemia cuando causa 590 muertes al año, habiendo otros tumores más dañinos y prioritarios: 6.000 mujeres mueren al año por cáncer de mama, 5.500 por cáncer de colon, 2.200 por cáncer de estómago, 2.500 por cáncer de tráquea, bronquios y pulmones.

¿Acaso tendrá que ver este repentino interés con la puesta en el "mercado de la salud" de vacunas contra el VPH y la presión correspondiente de farmaindustria para su compra-venta? ¿Acaso las prioridades en investigación distan mucho de las necesidades de salud de la población y responden, en ocasiones, a intereses espurios?

¿Por qué no reconocer que conocemos mal la infección por VPH en nuestra

población? ¿se conocen realmente los genotipos del VPH circulante? ¿son homogéneos de norte a sur y de este a oeste? o ¿hay particularidades poblacionales? ¿Por qué no existió, y no existe, esa preocupación en las autoridades sanitarias para ordenar y mejorar el cribado (oportunisto) de cáncer de cérvix con la citología?

En algunas áreas geográficas de nuestro país hasta un 80% de las muertes por cáncer de cérvix (en estadio invasivo) se producen en mujeres que no han tenido acceso a la citología periódica y a un porcentaje elevado (75%) de mujeres que las realizan se les repite con una periodicidad innecesaria, colapsando los servicios públicos. ¿Por qué las autoridades sanitarias no se preocupan de que la citología periódica llegue al 100% de las poblaciones en mayor riesgo de infección por VPH, (mujeres en prostitución y en prisión)?

¿Por qué no se mencionan las posibles repercusiones de una hipotética vacunación masiva de las pre-adolescentes en los modelos de relación sexual (genital-coital-sin protección) dominante? ¿y en las relaciones de (des)igualdad y empoderamiento de las mujeres? ¿y en la posibilidad de retroceso en las prácticas de sexo seguro, protectoras también frente a otras infecciones de transmisión sexual? ¿Cómo es posible interesarse tanto por un futuro hipotético e incierto como el de la vacunación- y tan poco por la realidad actual de las mujeres en nuestro presente concreto?

¿Estamos ante otro ejemplo de "creación de una epidemia" para vender un producto de la industria farmacéutica?

Mientras no se analicen científica -e independientemente de intereses ajenos a la salud de la población- todos los beneficios y perjuicios de la política de vacunación masiva en cuestión, los/las responsables sanitarios tienen la obligación de mejorar la detección del cáncer de cérvix, transformando la detección oportunista actual en programas de detección precoz con citología -planificados, accesibles a todas las mujeres y evaluados- y conocidos por las propias mujeres. Están obligados a fomentar la prevención primaria, como en todas las ITS, potenciando las prácticas seguras en las relaciones sexuales (tan desdejadas al azar en los últimos años).

Las mujeres hemos de seguir alertas ante los continuos intentos de medicalización de nuestros cuerpos y diseccionar los pros y contras de cada propuesta. Hemos de seguir cuestionando, como único y básico, el modelo dominante de relación sexual y la tendencia sistemática (del sistema) de colocar en nosotras y en nuestros cuerpos la responsabilidad y el consiguiente producto farmacéutico- de las consecuencias de unas relaciones asimétricas, no-igualitarias y no-corresponsables.

Permiso para ovular

Queridas amigas:

Mi primera regla coincidió con uno de los muchos resfriados con fiebre de mi infancia en los que se debía guardar cama. Es uno de mis recuerdos más preciados: vinieron a visitarme mi abuela y mi tía que era mi madrina y, como si fuera ahora, las veo sonrientes junto con mi madre rodeando la cama, me besan y me dicen: ahora ya eres una mujer... La regla nunca me impidió compartir juegos con mis hermanos, al contrario: me sentía más fuerte que ellos pues a pesar de "tener la cosa" era capaz de sumergirme con ellos para coger conchas del fondo del mar. ¿Ha llegado la hora de privar a mis nietas de este poder? Las mujeres de mi edad debíamos pedir permiso a nuestros hombres para casi todo. Ahora que estas niñas pueden ser libres en los campos que nosotras no fuimos, ¿van a tener que pedir permiso a los hombres para ovular?

M^a Elena Cuyás

**Hace referencia a la píldora para abolir la regla*

¿Dónde está La medicina preventiva?



Hace poco fui a hacerme una revisión ginecológica. Había ido siempre a un médico particular a quien conozco desde hace muchos años, pero dejé de visitarlo por su avanzada edad. El año pasado consideré ir a la Seguridad Social y pedí hora ¡y me la dieron para al cabo de más de seis meses! Cuando llegó el día concertado, primero me atendió una enfermera muy amable que escribió la historia clínica y a continuación me dijo que pasaría a la consulta "del doctor". Le rectificqué: "doctora, querrá decir, ¿no?", porque cuando pedí hora pregunté si había algún ginecólogo que fuera mujer en el ambulatorio que me corresponde (ésta fue la causa de la demora de seis meses, ya que si no me importaba que me visitase un ginecólogo hombre no tenía que esperar tanto). Tantos meses de espera no sirvieron de nada. Cuando pedí hora quizás la ginecóloga ni tan siquiera sabía que estaba embarazada y que cuando me tocase la visita ella estaría de baja por maternidad. En el consultorio no hay ningún otro ginecólogo mujer y aquella seguramente no volverá ni después de la maternidad porque habrá cambios (esto me contó la enfermera). Pasé a la consulta del doctor, un médico latinoamericano de edad madura, (acompañado de una enfermera de edad aún más

madura) que me preguntó qué me ocurría. Le dije que nada, que iba a hacerme una revisión, como había hecho durante muchos años. Pues bien, me dijo que a mi no me hacen falta revisiones porque no tengo nada para revisar (hace trece años me extirparon el útero y los ovarios), pero ya que estaba allí, que me echase en la litera y me daría una mirada (como si yo hubiese ido a la consulta para exhibir mis "partes bajas" y para que un tío me metiese el dedo, aun que estuviera enguantado, en la vagina).

Ya sé que no tengo útero ni ovarios, pero aún conservo una vagina y una vulva, y a pesar de que el cáncer no afecte con tanta frecuencia estas zonas del aparato genital femenino, también allí se puede desarrollar. ¿Dónde está la medicina preventiva? Por otra parte, si hubiese pedido hora porque me pasaba alguna cosa, después de tantos meses o ya me habría recuperado o estaría criando malvas si era algo grave.

¿A qué ginecóloga o ginecólogo debe ir nuestra Consellera de salud? (Pero seguramente ella aún tiene cosas para que le revisen.)

Mercè Piqueras
Presidenta
Associació Catalana de
Comunicació Científica

on

“TOMAR LAS RIENDAS, PUEDE CURAR”

Una arquitecta de 59 años cuenta su experiencia de curación en las páginas del periódico La Vanguardia de Barcelona. Los médicos le dicen que es una fibromiálgica asintomática... Ella cuenta: “No hay milagro: he trabajado mucho para aprender sobre mi mal, comprenderlo., y cambiarme a mí misma, corregir mi vieja estructura psíquica, que era dañina para mí... Lo que he aprendido: Esta enfermedad deriva de una retención de la acción, de no hacer lo que sientes, de reprimir emociones...” Desde estas páginas hemos escuchado y escrito sobre el dolor y el malestar de las mujeres... Cada historia es particular y cada cuerpo expresa el malestar de maneras distintas y debe buscar su propia curación, física y mental, pero hay algo que nos sirve a todas: Tomar las riendas de nuestro cuerpo, comprender qué nos pasa, por qué nos pasa, es el primer síntoma de curación, para seguir viviendo o para enfrentar el dolor si es inevitable.

La Vanguardia, 20 de septiembre 2007 (La Contra)

off

NICARAGUA: CATOLICAS GOLPEADAS POR CATOLICOS



Managua. Finales de septiembre. Un grupo de mujeres llamado “Católicas por el derecho a decidir” es atacado por los feligreses mientras se manifiesta pacíficamente frente a la Catedral de Managua contra una ley que prohíbe el aborto en todos los

casos, incluidos aquellos en que peligra la vida de la mujer. La ley, pactada entre la Iglesia, el Frente Sandinista y la Derecha ya ha propiciado, de esta forma, la muerte de decenas de mujeres pobres que no pudieron salir del país para abortar.

Con posturas y actitudes tan reaccionarias, misóginas y beligerantes como las que la Iglesia Católica tiene en algunos países, el fundamentalismo católico ya no tiene nada que envidiar a los demás.

Espejito espejito



LEONOR TABOADA

Espejito espejito, ¿de quién son esas arruguitas horribles que aparecen cuando te miro de cerca? “Son requetetuyas, y no son arruguitas, son arrugas, vale?” Espejito, espejito, ¿porqué me deprimó cada vez más cuando te cojo? “Porque ahora llevas gafas para ver los detalles de las cosas”. Espejito, espejito, ¿qué pasaría si te estampara contra el suelo y no volviera a mirarte a la cara?

A veces me dan ganas de pasarme una plancha por la cara, pero cuando veo a alguna conocida y reconozco esa tensión de tratamiento, me horrorizo y sé que nunca seré una mujer estirada. “Sin embargo, te tiñes el pelo”. Es verdad, aún no me siento capaz de afrontar la cana pura y dura. “Tienes suerte de que sea un pobre espejito de mano, porque ¿imaginas lo qué pasaría si te vieras en detalle el resto del cuerpo?”.

No te creas, con el cuerpo entero es más fácil resignarse. Mi talla no ha cambiado, todo está bastante en su sitio, pero llevo un tiempo probándome ropa que ya no me cae como antes. No sé, un algo que me hace sentirme ridícula con prendas que me gustan y me caben. “¿No será hora de que cambies tu vestuario?”. Sabes que te digo, la ropa para mayores es cara y la moda da dentera. Parece pensada para mujeres de otras épocas.

“Querida, no te queda más que hacer ese proceso racional de aceptar el envejecimiento y estar en paz con ello. Y, si quieres cambios, házlos, porque tu generación ha tenido que inventarlo todo, y así será hasta que te mueras”.

Escondo el espejito y me dejo de tonterías y gí-moteos. Eso, la salud es lo que importa, me digo. Oigo al espejito reír desde su caja: “Por si acaso, recuerda que una sonrisa hace las arrugas algo más llevaderas”. Pues bueno: quien quiere, se consuela. Y si no, revienta.

leotaboada@yahoo.com

La entrevista

por Leonor Taboada



Isabel Serrano

Especialista en Obstetricia y Ginecología

Autora de Sexo con Sentido

La sexualidad es una forma mágica de comunicación

Quería escribir un libro para contar la historia de los plannings, tal y como ella la vivió desde sus inicios, allá por 1978. Pero la activista propone y el destino- en este caso, con forma de editorial Síntesis- dispuso que escribiera un libro “para que las y los jóvenes disfruten de la sexualidad con los mínimos peligros posibles”. Un gran acierto. Porque a sus dotes de comunicadora suma una mirada rigurosa y una rica experiencia profesional que incluye años en el Centro Salud Joven del Ayuntamiento de Madrid. El libro que ha escrito no sólo es útil para que las chicas y los chicos sepan “lo que tienen entre manos” cuando despiertan al sexo; también para que los mayores sean útiles cuando ellos les necesitan.

¿Por qué escribió Sexo con sentido, porque se practica sin sentido?...

El sentido para afrontar las cosas importantes de la vida se va adquiriendo con el paso del tiempo, así que es lógico que, al menos, una parte de la juventud se exponga a riesgos que en otras circunstancias podrían ser evitados. En cualquier caso, no se trata de dar un sentido artificial o impuesto a la sexualidad juvenil sino de darles instrumentos para que disfruten con los mínimos peligros posibles. Hacerles ver que con conocimiento, negociación, autonomía para tomar decisiones y seguridad para defenderlas, todos, los chicos y las chicas, ganan.

¿Cualquier acto consentido es aceptable?

La verdad es que ha calado hondo en nuestras mentes abiertas y tolerantes el criterio de que en sexualidad todo lo que es consentido y libremente decidido, es aceptable. A fuerza de repensar ese discurso, creo que es necesario incorporar algunos matices. Las relaciones sado-masoquistas pueden ser consentidas, pero no creo que sean saludables. En el caso de relaciones sexuales entre personas de muy diferente edad, por muy consentidas que supuestamente sean, siempre cabe la duda de si la capacidad para elegir es real. No digo que no sean aceptables, digo que, si como profesionales tenemos oportunidad de favorecer la reflexión sobre esos comportamientos, quizá podamos añadir más sentido a lo consentido.

¿Qué definición de sexualidad saludable la convence más?

No me considero una teórica de estas materias pero, aún así, en caso de tener que definirme creo que hablaría de lo que se desea hacer consigo mismo o con otra, u otras personas, para buscar placer sexual, siempre que no entre en contradicción con el deseo de la pareja, se haga de mutuo acuerdo, y no afecte negativamente a la salud física y psíquica de las personas involucradas.

Estás mirando la tele con tus hijos y a cualquier hora salen anuncios donde chico y chica protagonizan escenas de alto contenido sexual...¿Qué haces?... ¿Dices algo?

Recibir esas imágenes es inevitable, así que hay que estar preparados y, si es posible, utilizarlas para mejorar la

La entrevista

información y la actitud antes esos comportamientos. Mucha gente de mi generación, especialmente las mujeres, estamos bastante sensibilizadas y asumimos que lo que tiene que ver con el sexo es lo más natural del mundo; por eso no nos cuesta mucho afrontar esas situaciones, a veces un poco cortantes. En mi opinión es positivo criticar la frivolidad con que suelen tratarse estas cosas, haciendo ver la doble moral de bombardear a la juventud con todo lo relacionado con el sexo fácil, sin compromiso, sin reflexión, sin protección... que no ayuda a su crecimiento personal en casi nada, para luego estar todo el día lamentándonos de la irresponsabilidad de las y los jóvenes y de las consecuencias negativas de lo que, consciente o inconscientemente, se promueve. Bueno, supongo que si la cosa se pone subida de tono, siempre queda la risita fácil de quién no sabe qué decir.

¿Están preparados padres y madres para ayudar a sus hijos en su despertar sexual?

Supongo que depende de la generación a que se pertenezca. El tópico de que los padres y las madres más jóvenes se sienten más cómodos para hablar de sexualidad con sus hijos e hijas, no es válido en todos los casos. Mujeres, y también algunos hombres, que ahora tienen alrededor de 50 años, pueden ayudar más a sus hijos en ese despertar sexual que otros más jóvenes. Depende del nivel social y educativo, de la influencia religiosa o del contexto ideológico en que hayan crecido.

Creo que los padres y las madres de hoy en día están en mejores condiciones para ayudar a sus hijos que en el pasado, sencillamente porque están más dispuestos a escuchar y a respetar las decisiones de los hijos. Por eso, aunque no tengan demasiadas habilidades, ni conocimientos para hablar de sexualidad con los hijos, por lo menos, desean serles útiles.

Se dice que hay que hablar de sexo con los hijos cuando preguntan, ¿pero, y si no preguntan?...¿Cuándo hay que hablar con ellos? ¿Qué hay que decirles?

Hay que hablar de sexualidad cuando los hijos pregunten y cuándo a los padres les parezca oportuno. Entiendo yo que, desde la buena voluntad, no se deben temer fracasos. Cierto es que no hay que forzar la máquina porque podemos obtener el resultado contrario al buscado. Es mejor ir paso a paso, de acuerdo al nivel de demandas de los hijos. ¿Y si no preguntan? Pues será porque no saben como hacerlo o porque creen saberlo ya todo. Es bueno aprovechar situaciones indirectas, vivencias de otros chavales, situaciones contadas en algún medio de comunicación... ¿Cuándo? Pues cuánto antes mejor, siempre adaptando lo que se dice a su inmadurez. El qué, pues lo que surja, sin darle muchas más vueltas... No creo que sea más fácil hablar de la muerte, o de las guerras y también hay que hacerlo ¿no?

Es posible que la masturbación sea un tema mucho antes de que se plantee el deseo de tener experiencias sexuales con otros del

mismo o del otro sexo...¿habría que hablar con ellos, "por etapas"?...

Claro. En cualquier caso, opino que con quien hay que hablar más sobre la masturbación, de una forma u otra, es con las chicas, porque los chicos suelen desenvolverse mejor. Me sorprende que aún hoy en día sea un tema tan poco visibilizado en nosotras, las mujeres.

Parecía que la "revolución sexual" de los años setenta lo había resuelto todo en cuanto a la sexualidad de las mujeres. ¿Son más libres las jóvenes de hoy? ¿Reciben chicos y chicas mensajes diferentes?

Aunque parezca mentira, sí creo que hay bastantes diferencias. Algunas me parecen bien, como por ejemplo, el hecho de que generalmente las mujeres solemos acompañar nuestra actividad sexual de mayor emotividad y sentimientos que los varones, con resultados más enriquecedores desde mi punto de vista. Me gusta menos que, según en que culturas y en parte en la nuestra, aún los hombres, desde jovencitos, utilizan la sexualidad como valor masculino, mientras que las mujeres solemos utilizar la maternidad como valor femenino, lo que en definitiva, creo, no es bueno para nadie.

¿Tiene la escuela un papel que jugar en la educación sexual? ¿Está el profesorado preparado para ello?

Por supuesto. Los chavales sienten el colegio y el instituto como el lugar natural para ser educados en todas las materias importantes para sus vidas. El profesorado es

precisamente el grupo profesional que ha sido formado para hacer pedagogía con el alumnado y ¿qué mejor pedagogía que enseñarles a cuidar de sus vidas, a tomar decisiones firmes y justas, a saber desenvolverse ante las adversidades?

¿Preparados? Yo creo que no, porque no ha habido decisión política de incorporar la educación sexual de una manera consistente y evaluable y se ha dejado a la buena voluntad de los docentes, sin apoyo, sin incentivos, sin materiales, sin tiempo suficiente... Me atrevería a decir que una vez comprobado el fracaso de la educación afectiva-sexual como materia transversal, correspondería buscar estrategias más definidas, ¡de una vez por todas!.

¿Tiene algún papel actualmente el concepto de virginidad?

Hablar de virginidad no es lo mismo que hablar, de un trastorno menstrual o un picor genital, por la valoración social que se le ha dado a lo largo de los siglos. Lo de desflorar tiene su gracia, más bien poca por cierto, porque indica que alguien desflora, el chico, y alguien es desflorada, la chica, con todo el significado que ello tiene. En las grandes ciudades y en el mundo mal llamado desarrollado, la virginidad tiene menos sentido pero en muchas partes de este mundo, aún provoca mucho sufrimiento. A otro nivel, la iniciación sexual de los chicos, también se acompaña, en muchos lugares del planeta, de ritos anacrónicos e indignos para ellos.

Decir que no ¿sigue siendo difícil para una chica?

Afortunadamente cada vez menos, pero aún cuesta. La dificultad viene más del papel de subordinación que aún se asigna a las mujeres, de los valores femeninos adquiridos socialmente. A veces no se dice que no por falta de conocimiento sino porque nos

pueden nuestras emociones y sentimientos. Nos dejamos llevar más. Veo a muchas jóvenes que se quedan prendadas de algún chico y ello les impide manejarse bien: con seguridad, con decisión, con autoestima... Por eso lo del empoderamiento, esa palabra tan horrible, tiene mucha importancia. Solo cambiaremos en nuestros comportamientos sexuales si cambiamos nuestro papel, si creemos en nosotras mismas, si tenemos fuerza para la negociación, en todo lo que haya que negociar, y también en nuestra sexualidad, para evitar que algo tan bonito nos llegue a hacer tanto daño.

Mitos, tabues y errores: ¿cuáles causan más daño?

La masturbación y lo del retraso mental y la caída del pelo; la virginidad, encubierta por hasta que llegue el amor de mi vida y pueda entregarle mi inocencia; el llamado amor verdadero y exclusivo, que no siempre es verdadero y casi nunca es exclusivo; sexualidad igual a coito con todo lo que con ello nos perdemos; la homosexualidad; el incesto; la castración; la importancia del tamaño; etc, etc, etc...

Y lo peor suele estar cuando aplicamos tanto mito y error al diferente papel sexual de chicos y chicas. ¡Qué seductor es ese chico, siempre está ligando! Y cuando se trata de una chica: ¡Es un putón porque se lleva a los chicos de calle! Creo que a la larga estos estereotipos sobre las chicas y los chicos son los que causan más daño.

¿Hay una edad razonable para empezar a tener relaciones sexuales?

Deberíamos separar lo de relaciones sexuales como sinónimo de relaciones sexuales con penetración. Los besos, las caricias, los arrumacos... si surgen desde el respeto, yo creo que

Sexo con sentido Para jóvenes

ISABEL SERRANO FUSTER



EDITORIAL
SINTESES

no tienen edad. Las relaciones sexuales con penetración tienen otras implicaciones y ahí la cosa cambia. Conllevan un nivel de intimidad con el que hay que saber manejarse. La realidad creo que impone la pauta y, probablemente, estamos hablando a partir de los 15, 16 años, sin límite, porque ahora parece que lo que está mal visto es empezar demasiado tarde. Ni lo uno, ni lo otro. En cualquier caso, hay que educar en el sentido de solo cuándo tú quieras, con quién tú quieras y como tú quieras.

El embarazo y el aborto adolescente son problemas grandes también en España: ¿qué es lo que falla?

¿Qué hacer para evitar tanto embarazo en adolescentes y su consecuencia, de tanto aborto a esas edades? Está muy claro: Evitarlos completamente es imposible pero se podrían reducir, y mucho, si los políticos y responsables educativos y sanitarios hablaran menos e hicieran más. Primero, educación sexual de calidad desde los niveles escolares más bajos; segundo, disponibilidad de métodos anticonceptivos, seguros, eficaces y económicamente accesible y, tercero, recursos específicos para la gente joven relacionados con su sexualidad, en la que también tengan cabida los chicos.

Al parecer se descuidan las prácticas del sexo seguro: ¿a qué lo atribuye?

Está calando en la gente el discurso de que el SIDA ya no mata, que hay medicamentos eficaces... olvidando que, precisamente, la transmisión sexual, la que más afecta a las mujeres, no para de crecer proporcionalmente. Hay que retomar lo del sexo seguro desde la óptica de la toma de decisiones, de la autonomía personal, del cuidado del cuerpo y de la salud... Para mí, una de las mejores formas de promover las medidas preventivas es reforzar la idea de que tenemos capacidad para decidir por nosotros mismos, más aún en el caso de las chicas y de las mujeres: por nosotras mismas. Por eso, aunque no venga muy a cuento, defiendo el uso del llamado doble método, porque valoro mucho que cada uno cuide de sí mismo. El único problema es que al precio en que están los preservativos y los anticonceptivos hormonales...

¿Es la píldora del día siguiente una solución o un parche?

Un parche es también, en muchas ocasiones, una solución. Por tanto, creo que es una forma más de anticoncepción que tiene algunas características especiales: no tiene sentido utilizarlo de manera continuada y es menos eficaz que los preservativos y que otros anticonceptivos bien usados. Por lo demás, creo que hay que hacer un uso racional de la píldora del día después, como de cualquier otro medicamento, que debería tener un precio más acorde a lo que es y que debería estar, también, financiado por el sistema nacional de salud, como otros anticonceptivos hormonales, que tampoco lo están.

¿Qué papel jugaría el Ministerio de Sanidad en materia de anticoncepción y sexualidad?

Existen tantas diferencias en materia del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos según la Comunidad donde se viva, que aún respetando las peculiaridades nacionales y regionales, creo que el papel del Ministerio sería garantizar un mínimo de prestaciones en todo el estado, con suficiente control. Sin ello, no hay equidad ni igualdad. Parece que el Consejo Interterritorial no es suficiente porque cada Consejería de Sanidad hace lo que se le ocurre. Quizá, una ley de salud sexual y reproductiva o, al menos, un plan integral de atención a la salud sexual y reproductiva podría paliar esta situación.

La decisión respecto a la financiación de medicamentos, sí corresponde en cambio, de manera directa, al Ministerio de Sanidad. Es necesario cambiar la actual política de considerar a los anticonceptivos como un medicamento de lujo. La anticoncepción es tan necesaria y aporta tantos beneficios en términos de salud, a tan –relativamente– bajo coste que no entiendo que las mujeres, incluso las que tienen menos medios como las jóvenes, las inmigrantes..., tengan que costearse sus anticonceptivos. ¡Y luego nos asombramos de que las mujeres tengan que abortar! En dos palabras: tendrían que garantizarse un control del precio de los preservativos y una financiación, en los mismos términos que otros medicamentos básicos, de los anticonceptivos hormonales de mayor uso, eficacia y seguridad. No digo de los casi cuarenta que están comercializados, pero sí de un número razonable de ellos, negociando sus costes para el erario público y la promoción de algunos productos genéricos.



Equidad en Los derechos a La salud

CARME VALLS LLOBET

La descentralización de la sanidad por sí sola no mejora la eficiencia del sistema sanitario ni la calidad de los servicios que se ofrecen a ciudadanas y ciudadanos, tal como demuestra el estudio sobre la descentralización del Reino Unido presentado el año 2005, como informe de Gobierno.¹ La descentralización puede aumentar la equidad para atender mejor las necesidades de los grupos diferentes (equidad vertical) o reducir la equidad creando diferencias entre grupos con igual necesidad (equidad horizontal). La teoría del federalismo fiscal da soporte a la visión de que la descentralización puede proporcionar una mejor distribución de recursos que resuelvan los problemas concretos a nivel local. Pero todo depende de los objetivos que se persigan, y de la defensa de los derechos a la salud de la ciudadanía que se consigan. Si se descentraliza pero no se tiene en cuenta las consecuencias sobre la salud, por edad, género o clase social, y se toman decisiones parciales, sin tener en cuenta la atención sanitaria integral, ni las necesidades de salud pública, pueden incrementarse las desigualdades entre unas y otras autonomías o dentro de ellas mismas. Además en Sanidad como en Medio Ambiente, se hacen necesarios potentes mecanismos de coordinación y de alianzas para la decisión de propuestas y leyes que afectan a la mayoría de la ciudadanía ya que por su naturaleza (contaminación de alimentos, infecciones, polución, consumo de nuevos fármacos, nuevos planes de vacunación) no conocen fronteras. Para preservar los derechos a la salud con equidad, descentralización sí, pero alianzas federales con España y Europa también.

1 Stephen Peckham et al Descentralisation as an organisational model for health care in England. Report to NCCSDO.2005.

Diario de La quinta inseminación En carne viva

A. G.

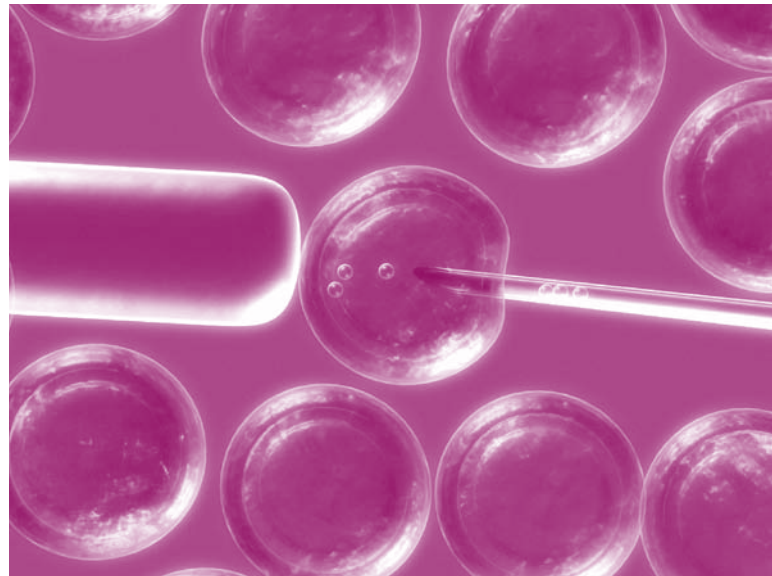
Enfermera.

Vine hace un rato de la clínica. Estoy cansada, muy cansada. Triste, tremendamente triste... Todavía tengo el ovario derecho demasiado estimulado, con dos ovocitos de 23 y 25 lo que sea (aún no he sido capaz de descifrar en qué se mide su tamaño, y eso que pregunté. Dijeron que en "mm", o al menos eso entendí, pero se me hace muy difícil imaginarlos viajando por las trompas con ese tamaño). Esto quiere decir que este mes no me puedo inseminar, que mi ovario derecho necesita descansar. Ha sido el quinto intento. Estoy agotada.

Y ahora, ¿qué hacer? Descansar, necesito descansar. Y luego, decidir si hacer la histerosalpingografía... o no, si continuar con otro ciclo de inseminación artificial de un (o varios) donante desconocido... o no, si someterme a una fecundación in vitro... o no, si intentar adoptar... o no a un/a niñ@ español/a o extranjero/a, si dejarlo estar y esperar a un príncipe azul con ansias de procrear... o no, si renunciar a tener hij@s... o no, sí... ¿cuántas posibilidades más habrá?!? ¿Por qué "renunciar"? Se renuncia a algo que te corresponde por derecho o de hecho. Procrear, ¿es un derecho? No, aunque suele ser un hecho. Ahí el quid de la cuestión: suele.

El quinto período de inseminación comenzó cuando la regla hizo acto de presencia quince días después de la cuarta inseminación, veintisiete días tras la fecha de comienzo de la última regla. Desde que empecé a tomar medicación para las inseminaciones, los ciclos menstruales se han acertado. Antes eran de 30-31 días, sino más. Ahora son de 24-28 días.

Las dos semanas siguientes fueron como un sueño extraño. La cabeza me saltaba una y otra vez hacia una amiga, su embarazo y su situación. Me daba miedo pensar en mí. Sueño arrastrado de los últimos meses, cansancio emocional incrementado por la nueva medicación:



Menopur. Ecografía y propuesta de comenzar con las inyecciones subcutáneas de estas hormonas para estimular el crecimiento de más ovocitos. Sensación de estar enferma al pincharme la barriga cada noche.

Al tercer día me entró miedo y no me pinché. Esperé a la ecografía del día siguiente y a la consiguiente bronca de la ginecóloga que tocaba aquel día. Que por qué, que si ellos no me van a mandar administrarme nada que me hiciera daño, que tengo que hacer lo que me dicen, que ay-ay-ay... salí de la clínica con lágrimas de rabia en los ojos. ¿Que por qué? Pues porque la persona que me indicó la dosis era una enfermera, porque el prospecto dice que con esa medicación se necesitan controles ecográficos cada día o dos días, porque la dosis que me habían mandado era la máxima aceptable según el prospecto, porque, si se necesita que la dé de paso un inspector, digo yo que será porque tiene algún riesgo más que una simple aspirina (aparte del precio), porque en principio habían sugerido que hiciera una eco el día antes pero yo no podía porque trabajaba por la tarde, porque con esta medicación hay riesgo de hiperestimulación ovárica, que es algo así como que los ovarios se desmadran haciendo crecer muchos ovocitos y por eso se puede acabar en el hospital e incluso morir; y eso para ellos sería un efecto no deseado pero para mí es la única vida que tengo. A ella sólo le dije que me había entrado el miedo y sonreí como pidiendo disculpas. El día que empiece a gritar no voy a parar...

Y a seguir pinchándome las inyecciones esas tres días más y "que sea lo que Dios quiera".

Otra ecografía, otra ginecóloga que dice sin mirarme: vamos a echarnos en la camilla. Perdona, chica –pensé yo– pero la que me voy a echar y abrir de piernas soy yo; deja de hablarme como si fuera una niña. Pero sólo sonreí y me

encaramé al potro aquel dócilmente, como una niña buena, relajándome para que aquello no me hiciera daño al entrar. Empezó a contar y a medir (y yo, a apuntar):

E (endometrio): 9

OD (ovario derecho): 19-18-5-5-8-21-16-6-6-15-7-9-5-4-6...

OI (ovario izquierdo): 18-5-6-6-20-7-19-13-5

- Demasiado –dijo-. ... Ya te puedes levantar. Espera en la sala de estar.

Vuelta al despacho. La enfermera me mira a los ojos y dice:

- Bueno Ana, si seguimos adelante este mes tienes un riesgo elevado de un embarazo múltiple. Silencio. Esta vez están los ovarios muy estimulados y crecieron muchos ovocitos, así que el riesgo de embarazo múltiple es muy alto. Si fuera el primer ciclo dejaríamos la inseminación para otra vez, pero como es el quinto, decides tú si seguir adelante o no- y otra vez que me mira fijamente-

- Embarazo múltiple... Pero, ¿cuántos ovocitos están maduros?- pregunto yo, sabiendo de sobra que había un montón de ellos y habiendo contabilizado previamente en el papel cuatro o cinco-

- Pues bastantes- y se puso a contar-. Cinco, seis... o más, porque puede haber alguno más escondido que no se vea en la ecografía. Es una decisión difícil, muy difícil...

En esos momentos, lo único que quería era salir de allí y llorar, o llorar y salir de allí. No pude preguntar cuál era el riesgo exactamente. "Riesgo muy alto" sonaba amenazador... Tampoco pregunté cuál era el riesgo de que el embarazo fuera de dos, de tres, de cuatro, de cinco... ¿de seis! Así que pregunté si podía pensármelo unas horas y luego llamarles con la decisión.

- Sí, sí, piénsatelo hasta mañana. Consulta con tu marido y llámanos.

Pensé en no decir nada, pero no me pude contener:

- No tengo marido. Puedo hablarlo con mis amigos, con mis padres, con mi hermana...

- Ay, perdón, es verdad que no tienes marido. Bueno, llámanos cuando hayas decidido.

Así que con la perturbadora frase de "riesgo elevado de embarazo múltiple" en la cabeza, con la imagen de aquel matrimonio que hace unos años tuvo sextillizos

como consecuencia de un tratamiento para la esterilidad revoloteando en mi mente y con la pregunta de quién coño me manda a mí meterme en estos tinglaos castigándome las ideas, salí de la consulta dispuesta a dejar pasar el día. Porque, pensar, no había mucho que pensar. Estaba metida en este lío para quedarme embarazada; el ciclo anterior había tenido tres ovocitos maduros que no habían sido suficientes, y llevaba una semana pinchándome la barriga. Iba a seguir adelante, consciente de que aquello se estaba saliendo de madre y que cabía la posibilidad de que tuviera que abortar... porque sí aquel matrimonio quería tener seis hij@s, ¡allá ellos! pero yo no. Lo hablé con tres amigas que me animaron a continuar. A mis padres no les dije ni "mu".

Por la noche me inyecté el Ovitrelle con el mismo método que la otra medicación. Ésta es para asegurar la ovulación en las siguientes 36 horas a su administración. El prospecto advierte de los riesgos de hiperestimulación ovárica y de embarazos múltiples -normalmente de 2; tranquilizador-. También habla de la importancia de vigilar síntomas como dolor abdominal, náuseas, vómitos... yo ya llevaba unos cuantos días con molestias en la zona de los ovarios, hinchazón de tripa, pechos a reventar... pero crucé los dedos, pensé en que por qué me iba a tocar a mí y me la puse.

A las cinco de la tarde, hora convenida, fui a la clínica. Me eché en la camilla, abrí las piernas e intenté relajar los músculos pélvicos para que el espéculo me hiciera el menor daño posible. Esta enfermera es más suave que la otra y muchísimo más que el ginecólogo, así que el dolor inicial es soportable y se torna en simple molestia pronto. Estaba también la enfermera-aprendiz, a la que le fue explicando el procedimiento mientras lo iba haciendo: Se echa lubricante en el espéculo, que se introduce en la vagina con la parte más ancha en sentido vertical a la vez que se mueve ligeramente de forma circular hasta estar introducido del todo. Ahí le da la vuelta para colocar la parte ancha en sentido horizontal y lo abre hasta que yo pego el primer grito de dolor, para un poco y sigue abriendo mientras me quejo con lastimeros "ay-ay-ay". Luego hace "clic" y la abertura queda fija mientras prepara una gasa para introducirla con un "clamp". El aire penetra hasta el cuello del útero. Es una sensación extraña sentir ese frío tan adentro.

Con la gasa, limpia de mucosidad la zona de la vagina y luego hace el primer intento de introducir la jeringa de semen; tiene un tubo fino y flexible en la terminación que intenta introducir por el cuello del útero hasta la base del mismo. Intento fallido. Saca la jeringa cargada (nunca pregunté qué cantidad de semen contiene, pero no parece tener más de 1-2cc) y pellizca el cuello del útero con unas pinzas que no me acuerdo cómo se llaman. ¡Ay! Esto sí

es doloroso. Es como si me estuvieran pinchando con una aguja del calibre de las intramusculares y llegara hasta la campanilla de la garganta. ¡No te muevas! –me dice-. Es que me duele mucho... -contesto-. Tranquila –insiste-. Aquí te querría ver yo –pienso, pero me muerdo la lengua e intento estar calladita-. Ese pellizco es para corregir la orientación de la luz del cuello, pero tan pellizco es que se suelta. Ahora toca meter una gasa otra vez y presionar hasta que deje de sangrar. Un minuto, dos y yo ahí con las entrañas al aire. De nuevo un pinzamiento ¡ay! Esta vez no me muevo. Introduce la jeringa y deja el semen, no sé si en la base del útero o al fondo de la vagina, pero poco me importa. Lo único que quiero es que me quite el espéculo de una vez. Todavía sangro un poco, así que de nuevo a presionar con otra gasa. Y por fin saca el plástico y me deja echada tranquila diez minutos.

- Bueno, Ana. Vienes mañana a la misma hora para la segunda inseminación.

- Mañana por la tarde trabajo, así que sólo puedo venir por la mañana –explico-.

- Qué va, imposible... .

¡Hay que joderse! No sé qué clase de mujeres vendrán a esta clínica, pero nos tratan como si no tuviéramos otras ocupaciones. Saben que soy enfermera, que trabajo a turnos y me avisan de un día para otro de la única hora a la que les es posible atenderme.

Tranquila, Ana. Llamé al hospital y hablé con una de las enfermeras para cambiar el turno.

Al día siguiente, mismo procedimiento con dos extras. Uno es que la enfermera me preguntó que cómo estaba (como consecuencia de la medicación, se entiende). ¡Milagro! Al principio la miré un poco extrañada. ¿Realmente me estaba preguntando por cómo me sentía? Reaccioné rápidamente y le dije que cada vez sentía la tripa más hinchada, con dolor a la palpación y molestias al caminar, que los pechos no los podía ni rozar, que me sentía muy muy cansada y que dormía muchísimo. Intenta reposar –me dijo-. Si es que aunque no lo intente me caigo de sueño –pensé, pero no dije nada-. El otro extra fue que me deseó suerte, pero la justa, sin pasarse. Otra vez que me acordé del matrimonio de los sextillizos... .

Pagué los 590€ y salí de la clínica caminando despacito, casi sujetándome la barriga. Me sentía revuelta y me dolían los ovarios y el útero a cada paso. Así que me fui a casa a descansar y a dormir.

Ya de vuelta en casa y en el trabajo tras unos días de vacaciones en Galicia, la pequeña preocupación por la posibilidad de un embarazo múltiple y la gran preocupación ante la probabilidad de que tampoco estuviera embarazada empezaron a ganar a la resaca de sol y playa. Preocupación, más preocupación, dudas, estado de ánimo cambiante, cansancio y un humor de perros. Tensión-laxitud, seguridad-inseguridad, confianza~incertidumbre, todo entremezclado. Cansada, pero demasiado nerviosa como para rendirme al sueño durante las horas de luz.

Tic – tac – tic – tac - tic-tac– tic -tac
tic – sueño

tac – retorcijón ¿estoy embarazada?

tic – seguro que no, ya verás

tac – quién sabe... .

tic - ¿y si lo estoy?

tac - ¿de uno? ¿de dos?

tic – sentir@ dentro de mi

tac – verle y abrazarle al nacer

tic – querer@, ayudarle a crecer

tac – querer@, querer@, querer@

tic – sonrisa amplia, intensa

tac - ¡susto! Puede que no sea de esta vez

tic – cansancio

tac – un cigarro; por uno, no le va a pasar nada

tic – además, puede que no haya más que un puñado de

óvulos a punto de desintegrarse en mi interior

tac – otro cigarrillo; lo siento hij@, pero ni siquiera sé si

existes y estoy que me llevan los demonios

tic - ¡aaaahh!!!!!! ¡que pase el tiempo!

tac – nada

tic – voy a la farmacia

tac – compro un test de embarazo

tic – negativo, pero como lo hice tres días antes de lo que

indica el prospecto, no lo tomo como definitivo

tac – tristeza

tic – enfado

tac – duda

tic – intento de paciencia

tac – esbozo de sonrisa

tic – sueño profundo

tac – me levanto

tic – voy a mear al baño

tac-tac – la regla

¿Por qué?!?!?!??

Reproducción Asistida Reproducción Asistida

Escribí esto cuando ocurrió, hace ya más de tres años. Escribirlo entonces me ayudó a tragar aquello por lo que estaba pasando, digerirlo y evitar una obstrucción intestinal. Cagarlo me costó más. Releerlo ahora me ayuda a recordar y a sorprenderme de la intensidad de algunas emociones, de ciertas ideas que se me pasaban por la cabeza entonces y de cosas que se me habían olvidado casi por completo. Si escribiera sobre esta experiencia en la actualidad, la historia sería otra. Pero creo que es importante que se conozca cómo lo vivimos algunas mujeres en el momento en que ocurrió (en carne viva), y no sólo cuando la reflexión, el tiempo y la distancia han suavizado y relativizado la experiencia.

He elegido para compartir en esta ocasión el quinto período de inseminación por varias razones. Una es que en aquel entonces sólo escribí cuando me dio la gana y lo que me dio la gana, así que hay partes de este proceso sobre las que no escribí nada. Otra es que en el quinto intento describo con bastante detalle la parte sanitaria del asunto: las visitas a la clínica privada, la interacción con las y los profesionales sanitari@s, y los efectos –inmediatos– en mi salud física y mental. Por último, viéndolo ahora desde la distancia, creo que fue un punto crítico de mi experiencia con las técnicas de reproducción asistida.

Cuando decidí acudir a la clínica, me lo había planteado con alegría y con cierto tono de aventura sin riesgos – un “a ver qué pasa” casi descuidado-. Pensé en dedicarle un máximo de tres intentos de inseminación artificial sin riesgos para mi salud (lo cual para mí incluía no administrarme ninguna medicación), calculando que el proceso duraría unos tres o cuatro meses y me costaría, como mucho, trescientas mil pesetas. Tenía 28 años, pensaba que si no era de esta vez, tenía muchos años y otras formas de intentar embarazarme y/o de ser madre, y también pensaba que tenía muy claro que mi vida podía ser también muy interesante y satisfactoria sin hij@s llegado el caso.

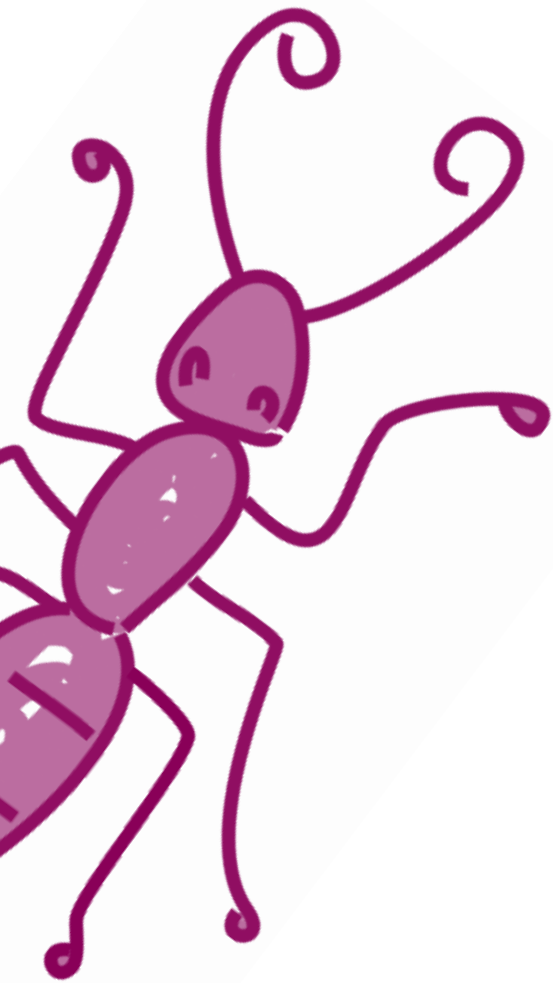
Sin embargo, me sometí a cinco procesos de inseminación artificial y a tres de fecundación in vitro a lo largo de un período de dos años, puse en riesgo mi salud en varias ocasiones y creo que gasté casi dos millones de pesetas. Tras el quinto intento de inseminación artificial, ya había realizado más intentos de los que me había planteado (y por tanto dedicado más tiempo y gastado más dinero); además, esa vez empecé a poner en riesgo mi salud y no estaba a gusto con el trato que recibía en la clínica. Fue un momento en que podía haber dicho basta y no lo hice. Y aquí aparece otro “¿por qué?”, pero esta vez tranquilo y ya, a estas alturas, con muchas respuestas.



La hormiguita que tenía una antena torcida



Julia Nómade
Antropóloga



Ya es bastante malo ser sólo una hormiga y tener que trabajar cada día en este mundo donde ningún otro animal trabaja, para tener, además, una antena torcida.

Esto al menos era lo que pensaba Lu, mirando preocupada su reflejo en una gota de agua.

No es que su antena derecha estuviera muy torcida ni que la desfigurara gravemente, pero era claro que su ángulo de colocación en la cabeza difería un poco del de su antena izquierda.

Lu se volvió en búsqueda de alguien con quien compartir su preocupación, pero la comunicación entre las hormigas no es tan fluida como puede parecer. Cada compañera que pasaba a su lado la tocaba levemente con una antena, y seguía velozmente su camino, antes siquiera de cerciorarse si Lu había respondido a su saludo. La pequeña hormiga intentó varias veces retener a alguna de sus amigas para contarle su problema, hasta que decidió que lo mejor sería comentarlo mientras seguía el ritmo de la caravana.

- ¿No crees que tengo la antena derecha un poco caída? – preguntó a Bid.

-Te queda bien, te da un aire seductor – respondió cortésmente Bid y se alejó corriendo a ayudar a cargar una enorme pata de saltamontes seca que varias amigas se empeñaban en trasladar al hormiguero.

Lu buscó otra interlocutora.

-Estoy preocupada -alcanzó a comentarle a Ban- mi antena derecha está algo caída

-¿Te duele? -se interesó ésta sin dejar de correr

-No, sólo esta caída

-¿Y cual es el problema?

-Puede haberse aflojado y correr peligro de caerse al menor golpe, y

entonces ya no podré orientarme y me transformaré en una carga, y nadie querrá tratar conmigo.

Mientras ella hablaba, se había formado un pequeño círculo de hormigas que habían ido abandonando su trabajo y se reunían a su alrededor. Las tareas cooperativas son la especialidad de las hormigas, y cada una de ellas se sintió convocada para auxiliar a su amiga. Con rapidez comenzaron las tareas de diagnóstico.

-¿Hay algún caso de antena caída en tu familia?

El concepto de familia no es muy claro en un hormiguero, así que Lu, pensó en las 750 hormigas obreras que habían eclosionado sus huevos en el día en que ella nació, y negó con la cabeza

-¿Se te han torcido antes las antenas? Y las patas, ¿tienes tendencia a que se te tuerzan?

Lu negaba enérgicamente estas posibilidades.

-¿Tienes dolores? ¿Hinchazón?

¿Cambio de color de la antena?

¿Aumento o pérdida de la sensibilidad?

-Tampoco, tampoco – contestaba Lu

-Esto es grave –dictaminó el grupo-

Si nada le duele ni le molesta, nada

podemos hacer para curarla. Habrá

que enviarla a una especialista

Lu asintió, trémula, sus peores temores

se confirmaban. Ella ya sospechaba

que las peores enfermedades carecen

de síntomas, pero ahora comprendió

con nitidez que algo muy malo debía

estarle pasando, ya que no sentía

malestar alguno.

-Mi sistema nervioso debe de estar

dañado -aceptó en un susurro– porque

no me duele absolutamente nada

-No desesperes –la consolaron sus

amigas- La especialista solucionará eso.

En esos momentos se acercaba al



El miedo o La vida

MARGARITA LÓPEZ CARRILLO

Había decidido empezar a escribir una columna fija para MyS. Quería hablar de las cosas que me rondan por las tripas aunque no fueran exactamente de salud, en la certidumbre de que todo redundará al final en ella, y luego, confiaba en que otras mujeres al leer dijeran: “a mí también me pasa”. Pero me he puesto aquí a escribir la primera y resulta que por las tripas, después de todo, solo me ronda arena. Hay algo que me pregunto hace tiempo con esto de la arena y la escritura: ¿nos pasa más a las mujeres? Escribir es un acto creativo, ya se trate de un poema, un artículo científico o una columna. Si no es un simulacro, es la expresión de quien soy, que sé o qué pienso. Es un “aquí estoy yo”. Mi amiga, la escritora Silvia Kohan, llama *El lector cruel interno* a eso que no nos deja escribir, y se me antoja que el lector interno de las mujeres es doblemente cruel porque es lector y no lectora. Es esa voz que nos susurra a la espalda: “esto no es bueno, esto no es científico, esto no es original, esto no le interesa a nadie, vuelve a tu rincón”. Pero, ¿por qué le damos tanto poder, qué tememos? “Si una se entrega a la creatividad renuncia para siempre a ser una buena chica” (Erica Jong). Ahí está. Ese es el peor, el miedo a ser malas, a sacar los pies del plato, a llevar la contraria y ser rechazadas, a quedarnos a la intemperie arrojadas de la tribu. Lo malo es que el aire del rincón, una vez abandonado, nos resulta irrespirable. Así que, o nos entregamos a la creatividad a pesar del miedo, o volvemos al rincón a amontonar arena en las entrañas y nos entregamos a la enfermedad. Hay que escoger.

grupo una hormiga corpulenta, con un abdomen abultado y fuertes mandíbulas autoritarias, que había sido llamada por una de las primeras que se enteraron del caso

-Ven aquí, Lu, y cuéntame lo que te pasa

-Tengo la antena torcida, y creo que es que se está aflojando, y eso significa que puede desprenderse y perderé el sentido del tacto y la vista y el olfato y no podré desplazarme para trabajar, ni enfrentar a los enemigos del hormiguero, ni comunicarme con las otras hormigas, por lo que enloqueceré y moriré entre horribles sufrimientos.

-Si temes todo eso debes de estar muy mal, porque de lo contrario no se te ocurriría. Deja que te mire la antena.

-Si, por favor – rogó Lu con voz trémula- y acercó su pequeña cabeza a las enormes mandíbulas de la especialista. Ésta tomo con firmeza su antena en la boca y comenzó a tironear de ella con fuerza. Bien apoyada en sus patas delanteras, sacudía con energía a su pequeña paciente.

-¡¡ay!! ¡¡ay!! -gimoteaba Lu – esto duele de verdad

-Estoy viendo si se desengancha - explicó doctoralmente la médica- Los procesos de curación hacen daño, debes de tener un poco de paciencia,

-Si, si... –asintieron solidariamente sus amigas- ya se nota que te estás curando

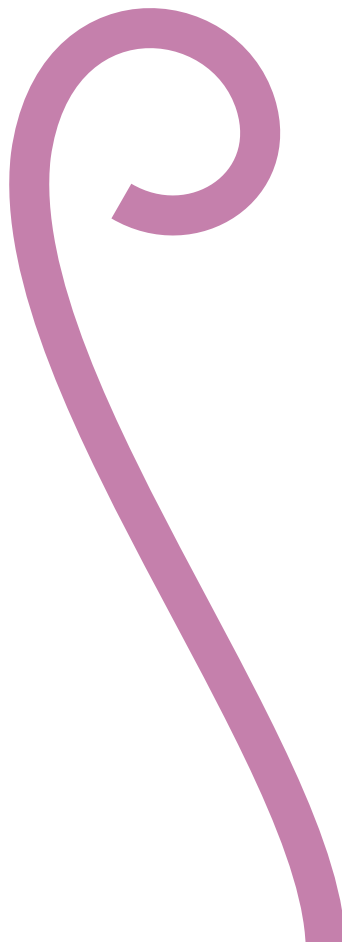
-¿En que se nota?

-En que ahora tu antena ha quedado claramente torcida, además de tus patitas delanteras, con lo que el

diagnóstico puede hacerse mucho mejor, y además estas dolorida y contusa, cosas que podemos curar, ya verás que bien que te atenderemos

Lu se sintió muy agradecida y pensó que había sido muy afortunada esa mañana, al mirarse casualmente en la gota de agua, pues de lo contrario nunca hubiera descubierto lo enferma que estaba, y hubiera pasado toda su vida sin recibir tratamiento para su mal. Definitivamente era una suerte vivir en una época con tal desarrollo de la medicina preventiva.

Cojeando y arrastrando por el suelo la punta de su antena, que hacía un ángulo en dirección contraria a las demás, Lu se reincorporó animosamente a sus tareas.



Días que nunca se olvidan



Rita Gavarró
Periodista

Hay días que nunca se olvidan. El día que te vino la regla es uno de ellos. Las mujeres recordamos ese día: qué pasó, qué nos dijo nuestra madre, que no nos dijo nuestro padre, qué comentarios, qué silencios. Cuando recordamos momentos de nuestra vida, muchos episodios se ven asociados a la regla, a nuestros ciclos....La relación es de amor-odio. A veces la esperábamos con ansia, a veces aparecía en el momento más inoportuno. Era, es, un asunto de mujeres. Ese momento de las adolescentes, que en grupo, con misterio y cuchicheos, se dirigen juntas al baño. Ese otro de desencanto de la que quiere ser madre: "Vaya, ya me ha venido". Ese otro, bien diferente de la que no quiere serlo: "No me viene". Esos sustos. Esos olores. Esos rojos. Esos sabores. Esos berrinches. Esos momentos de creatividad máxima. Y de decisiones. Dice una amiga mía que ella se separa de sus novios cuando tiene la regla. Durante esos días encuentra la fuerza. Y no se suele arrepentir. Esa hipersensibilidad que nos conecta con nuestra vulnerabilidad. Ese momento en que sólo nos queremos quedar en el sofá hechas un ovillo, lejos del mundo. Ese otro momento de la ovulación. De disponibilidad. Ese cuerpo que habla desde los ovarios, los riñones, desde la vagina, desde las entrañas. Todos esos momentos somos nosotras. No somos sólo una.

Vivir todo eso con normalidad no es fácil. Nos han dicho que tenemos que disimular cuando tenemos la regla. Que nadie se entere. Que no piense el jefe que algo tan nimio como la regla nos impide rendir al máximo en el trabajo. Pero hay tantos aspectos relacionados con la regla sin estudiar. Como siempre, para los científicos, los asuntos de mujeres que no van a ser rentabilizados, no tienen demasiado interés. Cuerpo físico, hormonas, energía espiritual, conexión con la naturaleza. Cómo se come todo eso. Resulta amenazador. Molesta. Molesta cuando el modelo de mujer que esta sociedad patriarcal quiere es la mujer competitiva, ejecutiva, siempre elegante, joven, con buena cara, que no cambia de humor, que no desfallece, que no está sucia, que no huele, que no se queja, que no llora y que es igual a ellos. Cada vez más igual y cada vez más víctima. Cada vez se le exige más y cada vez se le pide que esconda más su auténtica esencia.

Para mí no ha sido fácil vivir bien mis ciclos. Hay una gran presión social para sufríroslos y no, simplemente, vivirlos. Palabras feas para la regla (en inglés, "the curse", la maldición), pastillas, compresas de todos los tipos, pequeñas, grandes, inodoras, ...: Cuanto más sofisticadas, más productos químicos y, consecuentemente, más perjudiciales para nuestro delicado equilibrio....

Pero un día me topé con mujeres fantásticas (gracias Beatriz Borgeaud) y algunos libros maravillosos ("Luna Roja" de Miranda Gray, "El cambio" de Germaine Greer) que me mostraban otra cara de los ciclos femeninos. Hoy mismo tengo la regla y me he despertado con el ánimo adecuado para escribir este artículo. Me noto

unas punzadas en las partes bajas. Me gustaría hoy no ir a trabajar y quedarme pensando en mis cosas, pensando y sobre todo sintiendo ese ciclo muerte-vida-muerte que vivimos cada mes y del que tanto podemos aprender. La revisión mensual. Escuchando la voz interior. El reencuentro con lo primitivo, con el poder de las entrañas. Mirando papeles, ordenando armarios, llorando pérdidas y añorando amores. En algunas culturas, las mujeres se apartaban del grupo cuando tenían la regla y vivían "lo especial" de esos días.

No quiero que me roben la esencia, que se adueñen de una parte de mí. Mi manera de estar en el mundo es cíclica y puedo sentir esos momentos de complicidad y comunicación con el resto de las mujeres, con la parte femenina de todo. Con las hembras humanas y animales. Con las estaciones y las plantas. Ya bastante terreno hemos cedido. Que no nos quiten la regla. Con argumentos de que si "vamos a ser más libres", de si, "total, nos quitamos de encima esa pesadez", lo mismo de siempre. Quieren que dejemos de ser nosotras mismas para ser más manejables, más sumisas, todavía más. El interés material del patriarcado pretende acabar con todo aquello que le molesta y desconoce. Y esta voracidad le puede llevar a su propia muerte.

No es demasiado tarde. Simplemente hay que defender lo que es nuestro. Ya nos quisieron arrebatar la experiencia del parto, de la lactancia materna, de la crianza, de la menopausia, de la muerte... Y surgieron mujeres que defendieron el derecho a vivir las etapas de la vida sin anestésicos ni medicamentos, con plena conciencia y con la intensidad que la vida nos pide. Con luces y sombras, pero a nuestra manera.

EL sexismo en Los Laboratorios de neurociencias



Luz María Galindo
Psicóloga. Miembro de
un equipo de jóvenes
neurocientíficos

¿Por qué hasta la universidad no me di cuenta de que las mujeres también pueden estar a cargo de un laboratorio de investigación? ¿Por qué son rechazados para su publicación artículos que hablan sólo de mujeres, por no tener un grupo de comparación con hombres? ¿Por qué cuando se presenta un proyecto de investigación en el área de neurociencias acerca de hormonas sexuales de las mujeres se rechaza diciendo que eso no es importante? Estas preguntas son las que me han motivado a tratar de explicar cómo el sistema patriarcal “influye” en la investigación que se hace en los laboratorios de neurociencias, pues ésta se hace desde una visión sesgada, desde una visión androcéntrica.

El patriarcado es un sistema de jerarquías que desvaloriza e inferioriza lo asociado a lo femenino, manteniendo a las mujeres subordinadas a lo masculino (a los hombres). Se caracteriza por ser androcéntrico, es decir, centrado en los hombres occidentales, blancos, cristianos, heterosexuales, y sin discapacidades visibles. Este sistema ha “construido” las diferencias biológicas entre las personas, en la medida en que determina que las diferencias biológicas entre hombres y mujeres se deben enfatizar y jerarquizar. La jerarquización de las

diferencias permite utilizarlas para continuar manteniendo a las mujeres como inferiores, ya que se menosprecian sus actividades. Además, éstas diferencias se explican a través de la ciencia, con lo que se cierra el bucle y se valida que las mujeres son “biológicamente inferiores”. El patriarcado es considerado por varias autoras (Gerda Lerner, Victoria Sau) como una forma de poder histórico que somete a las mujeres, las fuerza a la maternidad, reprime su sexualidad y se apropia de su fuerza de trabajo. La ciencia surge en este contexto y, por tanto, es una ciencia que valida la hegemonía de lo masculino sobre lo femenino, de los hombres sobre las mujeres a partir de las diferencias sexuales biológicas.

Desde su nacimiento, a finales del siglo XVIII, la biología ha sido construida bajo el discurso político de los sistemas productivos. Los científicos empezaron a trabajar en laboratorios con primates y desde el principio albergaron ideas basadas en la fisiología, según las cuales había seres superiores (machos) y otros inferiores (hembras).

Una de las ideas era la dominación, que incluía la dominancia regional del cerebro, dominancia en la interacción competitiva entre individuos, dominancia como un rasgo de la personalidad relacionado con el liderazgo y jerarquías dominantes como estructura social. La dominancia era percibida como inherente a los organismos individuales. Respecto a esta idea Roberto Mearns Yerkes (1939, citado en Haraway, 1995) se dedicó a investigar con primates la fisiología, el aprendizaje y el comportamiento social. Realizó estudios acerca de la periodicidad sexual en relación con la dominación-subordinación. Tenía cuatro clases de chimpancés en jaulas: pareja macho-hembra, dos

hembras maduras, hembra madura e inmadura y dos hembras inmaduras. Se les lanzaba en el comedero, uno a uno, hasta diez trozos de plátano.

El observador anotaba qué animal de la pareja lo atrapaba. Los resultados eran catalogados en términos de dominación-subordinación y la respuesta, según la situación sexual de las hembras, mediante los conceptos de derecho o privilegio, ya que en el periodo de celo de las hembras, los machos, ordinariamente dominantes, les otorgaban el privilegio de atrapar el plátano. Las hembras actuaban como si tuviesen “derecho”.

Hay que decir que, según este autor, la dominancia era hereditaria y la herencia depende del sexo.

En este experimento, notamos que la subordinación no es heredada, sino construida por quienes investigan (por la cultura) ya que en el laboratorio se daba por hecho que la dominancia, un impulso heredado por el sexo, era de los machos y que, cuando las hembras estaban en celo, los machos “cedían” ese “derecho”.

La dominancia de los machos se relacionaba, además, con el liderazgo, otro rasgo atribuido a los machos y no a las hembras.

Así pues, vemos como las diferencias biológicas entre hombres y mujeres se justifican por las investigaciones de muchos laboratorios, los cuales continúan presentando a las mujeres como seres inferiores y pasivos.

En la mayoría de los laboratorios se da por hecho la existencia de las diferencias sexuales a diversos niveles y las investigaciones parten de estas consideraciones sin indagar en ellas; por ejemplo, se dice que las mujeres presentan mayor facilidad y rapidez para adquirir el lenguaje y

mayor fluidez verbal que los hombres, además de estrategias diferentes para la comprensión de los mensajes verbales, y que los hombres sobresalen en tareas en las cuales se requieren desplazamiento y ubicación en el espacio. Las mujeres sobresalen en la capacidad para memorizar un mayor número de objetos y su ubicación precisa en el espacio.

A partir de estos datos, que nunca se revisan, se continúa la investigación. Como vemos, se asignan de antemano características "biológicas" a las mujeres y a los hombres. No se toma en cuenta la dominación masculina presente en las creencias políticas, sociales, económicas y por supuesto en las científicas de los investigadores, pues se asume que la ciencia es objetiva y neutral, lo que le permite plantear las diferencias sexuales como base de las diferencias culturales, cuando de hecho esto funciona al revés, el género es primero y la biología después.

La mayoría de los modelos biológicos han sido formulados a partir del sesgo androcéntrico, en donde, además, las investigaciones se hacen principalmente con animales machos.

Frecuentemente los estudios consideran que las hembras desempeñan sólo un papel de receptor pasivo, por ejemplo durante la conducta sexual. Sin embargo, recientemente se ha descubierto que son las hembras las que inician y las que determinan la pauta en la interacción sexual. Se ha visto que, en ocasiones, el impulso sexual de las hembras puede ser superior al de los machos de la misma especie. Esto pocas veces se dice y se sigue investigando para comprobar que no se han equivocado con respecto a la actividad de las hembras.

Es interesante este dato pues muchas de las personas que hacen este tipo de investigación son mujeres, y han tratado de balancear la cantidad de machos y hembras en sus investigaciones teniendo en cuenta los diversos comportamientos de los animales, pero generalmente siguen atribuyendo un papel pasivo a las hembras y un papel activo a los machos, sin cuestionarlo. Hay que enfatizar que la ciencia es inseparable de la atmósfera social, los científicos son influenciados consciente o inconscientemente por las necesidades económicas, políticas y las urgencias de la sociedad.


Es muy probable que las diferencias sexuales biológicas entre hombres y mujeres respondan a una o varias necesidades de lo que está construido, de la cultura. Es en ésta en la que se marcan las diferencias sexuales asignando roles y frecuentemente perpetuándolos. Por esto es fundamental cuestionar el sistema patriarcal en el que vivimos, en este caso, es imprescindible cuestionar las maneras de llevar a cabo las investigaciones de las diferencias sexuales en las neurociencias.

Requerimos nuevos parámetros para la investigación en los laboratorios entre hembras y machos, entre mujeres y hombres. Ya que esta investigación señala que las mujeres somos inferiores por "naturaleza", refiere de manera contundente que las mujeres tenemos menores habilidades o que no somos activas.



BIBLIOGRAFÍA

- Astelarra, Judith (1980). Patriarcado: Estado, ideología y política. Barcelona: Centro de la Mujer Peruana.
- Brailowsky, Simon (1996). "Plasticidad cerebral: De la ontogenia al medio ambiente". En Corsi-Cabrera María: Aproximaciones de las neurociencias a la conducta. México: Facultad de Psicología, UNAM pp.171-212.
- Brailowsky, Simon, Stein Donald, y Will Bruno (1998). El cerebro averiado. México: Fondo de Cultura Económica.
- Corsi-Cabrera, María, Herrera, P. Malvido, M. (1989). Correlation between EEG and cognitive abilities: Sex differences. International Journal of Neuroscience, 45, 133-141.
- Corsi-Cabrera, María (1995). Diferencias sexuales en la organización funcional del cerebro: EEG. Revista Latina de Pensamiento y Lenguaje, 1, 299-326.
- Fausto- Sterling, Anne (1985). Myths of Gender: Biological theories about women and men. USA: Basic Book. pp. 205-212, 220-221.
- Haraway, J. Donna (1995). Ciencia, cyborgs y mujeres. España: Cátedra, pp. 7-181.
- Hernández, G. Maricela (2002). Motivación animal y humana. México: Manual Moderno. pp. 127-151.
- Lerner, Gerda (1986). The creation of patriarchy. New York: Oxford pp. 212-229, 239-241
- Pásaro Dionisio, Rosario (2006). "El cerebro también tiene sexo". En El segundo escalón. Desequilibrios de género en ciencia y tecnología. Sevilla: Catalina Lara
- Sau, Victoria (1990). Diccionario ideológico feminista: Barcelona: Icaria pp. 237-239
- Serret, Estela (1989) El sujeto femenino para una refundamentación de la "teoría Feminista". Sociológica, 10, 11-21.



introducción

¿vacunación masiva de Las niñas para una epidemia que no existe?

Leonor Taboada
Directora Revista Mujeres y Salud

A la hora de pensar este dossier, podíamos creer que estábamos solas frente a nuestro estupor por el anuncio del Ministro de Sanidad de la inclusión de una vacuna contra el virus del papiloma humano en el calendario vacunal de las niñas entre 11 y 14 años en España.

Hasta entonces, si bien seguíamos atentamente los avatares de la espectacular campaña internacional de presión- algunos lo llaman marketing- del laboratorio Merck (en España, Sanofi), fabricante de una de las dos vacunas desarrolladas para combatir dos de las quince cepas potencialmente cancerígenas del virus del papiloma humano, estábamos tranquilas, puesto que la Ministra de Sanidad anterior, Elena Salgado, había resistido a la presión del laboratorio, (y del PP que hizo de la vacunación una bandera en la campaña electoral), dejando el tema en "stand by",

La decisión de la ex Ministra, de "reflexionar y ver" antes de comprar la vacuna más cara de la historia, asombraba a nuestras amigas de Canadá (Red de Salud de las Mujeres Canadienses y Estados Unidos, (Colectivo de Boston y otras) quienes admiraban la capacidad de España para resistir la extorsión y compra de voluntades que se había producido primero en USA y luego en todos los países "ricos" para alarmar a la sociedad ante una "epidemia" feroz de cáncer de cuello de útero mediante una burda manipulación y tergiversación de datos tanto sobre la incidencia y mortalidad como sobre las virtudes de la vacuna.

Con el transcurso de los días, sin embargo, fuimos descubriendo a otros aliados importantes cuyo discurso nutre también este dossier. Así fue como nos "enredamos" con prestigiosos

profesores y epidemiólogos que nos iluminaron con los artículos que completan este dossier (Dres Juan Gérvas, Miguel Porta, Ildefonso Hernández Aguado y Andreu Segura) . Y con grupos de mujeres por la salud como el de las Islas Baleares, ADIBS, que trabajan sin descanso para informar a madres y padres sobre la realidad del cáncer de cérvix en España y sobre las características reales de la vacuna, presentando a las autoridades sanitarias propuestas "saludables" en las que invertir el enorme presupuesto que exigiría vacunar a las niñas.

A la hora de cerrar esta edición, La Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública (<http://www.fadsp.org/>) manifiesta su posicionamiento del que transcribo su párrafo final, que lo dice todo:

"Si realmente en España no hay ninguna epidemia de cáncer de cuello de útero, si además no parece tan claro el beneficio que va a reportar la vacunación, al menos en el momento actual del conocimiento, si es posible que en unos años se tenga información más contundente que nos ayude a decidir, ¿porqué no demorar la decisión y aprovechar para mejorar nuestros resultados haciendo un auténtico programa de cribado en nuestra población?"

Desde el Editorial (Carmen Mosquera Terreiros) hasta el último artículo (Carmen Valls Llobet), este dossier pretende hacer pensar y sopesar, sin ruido y sin miedo. La propuesta a las autoridades sanitarias es, pues, de perogrullo: consultar y pensar antes de actuar.

La vacuna contra EL virus del PapiLoma humano Desde EL punto de vista DE LA Atención Primaria En España



Juan Gérvas

Médico de Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón (Madrid) España. Equipo CESCA.

jgervasc@meditex.es

La infección

El virus del papiloma humano se transmite por contacto (no por los fluidos sexuales), durante las relaciones sexuales. El uso del preservativo disminuye el contagio sexual, pero no lo elimina. Algunos tipos de virus del papiloma humano tienen capacidad oncogénica, y provocan mitosis sin control, displasia, carcinoma in situ, y cáncer de cuello de útero. El virus es causa necesaria, pero no suficiente. La pobreza, el tabaquismo, y otros factores desconocidos son clave para el desarrollo de la enfermedad. Las mujeres se contagian al comienzo de sus relaciones sexuales coitales, pero en la mayoría de los casos la infección se elimina por medios naturales, espontáneamente. Importa la infección que se mantiene por más de dos décadas. La infección permanente es lenta, pues lleva hasta diez años para producir lesiones precancerosas, y otros diez años para producir carcinoma in situ. Se dice que el 70% de las mujeres sexualmente activas habrá tenido infección por el virus del papiloma a lo largo de su vida, y que el 1% de ellas desarrollará cáncer in situ, pero esos cálculos llevarían a una incidencia

masiva de carcinoma in situ, que no se ve ni siquiera en el país con más alta tasa de infección del mundo, Haití (no por casualidad también el más pobre del mundo).

España es de los países del mundo con menor prevalencia de la infección por el virus del papiloma, en torno al 3% en mujeres de más de 30 años. Superan en mucho esa tasa las prostitutas, las mujeres encarceladas, y las mujeres con SIDA.

La magnitud del problema

En España hay unos 2.000 casos de cáncer de cuello de útero al año, y unas 600 muertes por esta causa. Es decir, el 99,7% de las mujeres que mueren en España no muere por cáncer de cuello de útero. En España la mortalidad anual es de unas 2 mujeres por cada cien mil. Hay gran variabilidad entre comunidades autónomas, con mayor incidencia en las regiones costeras e insulares turísticas, quizá por la mayor promiscuidad asociada al turismo. La mortalidad por cáncer de cuello de útero ha disminuido en España, el 0,7% anual entre 1986 y 2000. Pero en las mujeres de 20 a 39 años ha aumentado. La edad media del diagnóstico del cáncer de cuello de útero en España es

de 48 años. La edad media de muerte, de 60 años. La supervivencia a los cinco años, del 69%.

La prevención secundaria

La citología de cuello de útero es el método más antiguo de cribado que existe, el primero que se implantó (en 1941). Es, también, el menos evaluado científicamente (faltan ensayos clínicos aleatorizados y enmascarados). En España es muy popular la citología, y el 75% de las mujeres se hace una al menos cada tres años. Se aplica en exceso peligroso (por los falsos positivos, especialmente) a las mujeres que menos lo necesitan (sanas, jóvenes, cultas, ricas, urbanas). Entre las 600 muertes anuales por cáncer de cuello de útero, no se había hecho citología al 80% de las mujeres. La clasificación de las citologías lleva a gran confusión a las mujeres y a los médicos generales/de familia. La displasia leve (SIL de bajo grado actual, antiguamente conocido como CIN 1) es totalmente irrelevante, una variación de la normalidad, no patológica. El SIL de alto grado agrupa los previos CIN 2 (displasia moderada) y CIN3 (displasia grave y carcinoma in situ). El primero (CIN2), es una displasia moderada que hasta en el 40% cura espontáneamente.

Al diagnosticar HSIL (SIL de alto grado) se mezclan displasias de muy distinto pronóstico.

En una población de mujeres entre 30 y 65 años con tres citologías consecutivas normales la incidencia de cáncer de cuello de útero baja a cero. Se puede esperar tan sólo un caso de displasia. Por ello, las citologías en este grupo de mujeres tienen un valor predicativo positivo de menos del 1% (en el 99% son errores los resultados anormales). Los nuevos métodos de determinación previa del ADN de virus del papiloma humano permitirían excluir de las citologías a todas las mujeres que den negativo y tengan más de 30 años. Las propuestas de cambios en el programa de cribado de cáncer de cuello de útero en el siglo XXI siguen con las mismas carencias de base experimental que en el siglo XX (no hay ensayos clínicos al respecto, sólo "consensos" y "expertos").

La vacuna

La vacuna contra el virus del papiloma humano, tiene actualmente dos presentaciones, tetravalente (contra el carcinoma y contra las verrugas genitales) y bivalente (contra el carcinoma). En ambos casos se vacuna contra dos (2) de los quince (15) virus de alto poder oncogénico. Son los tipos 16 y 18, que se asocian al 70% de los carcinomas.

Es una vacuna "profiláctica", no terapéutica. Se vacuna contra la cápsula, no contra las proteínas oncogénicas. No se modifica la inmunidad celular (que permite eliminar las células infectadas), tan sólo se producen anticuerpos (que eliminan el virus).

Se recomienda en niñas de 9 a 12 años. Se administra por inyección intramuscular (una forma extraña de presentar antígenos en una infección que se contagia por contacto).

Son tres dosis, con cierta flexibilidad en su calendario.

Se ha demostrado su posible administración simultánea con la vacuna contra el virus de la hepatitis B.

Lleva como adyuvante el hidroxifosfato sulfato de aluminio amorfo.

No lleva timerosal (ni mercurio, por tanto). No se ha demostrado problema alguno en casos de sobredosis.

Es compatible con los anticonceptivos orales.

No se ha demostrado daño en caso de embarazo, ni de lactancia, pero no se recomienda su administración en estos casos (infrecuentes, además, en las edades recomendadas).

No sabemos la correlación entre las cifras de anticuerpos en sangre y la eficacia de la vacuna. Desconocemos, pues, el resultado del binomio seroconversión-protección.

Su eficacia está demostrada a/ con resultados intermedios, no finales (disminución de displasias, no de cánceres de cuello de útero ni de muertes por el mismo), b/ con resultados que no distinguen entre CIN2 y CIN3, c/ en grupos muy seleccionados en ensayos clínicos, y d/ con mujeres de 16 a 26 años.

No está demostrada su eficacia en el grupo de población que se propone vacunar, niñas de 9 a 12 años. En este caso sólo se ha demostrado su capacidad inmunogénica (producción de anticuerpos en sangre).

No está demostrada su eficacia en niños (varones).

Está demostrada su ineficacia en mujeres no vírgenes.

No hay datos de efectividad (en la práctica habitual, en población general).

La duración demostrada de su eficacia es de cinco años. En la ficha técnica, en el Ministerio de Sanidad, se reconocen cuatro años y medio.

En los cálculos matemáticos sobre efectividad y coste (hechos en Canadá, con el triple de prevalencia de infección que en España), a/ si la duración de la inmunidad es de menos de treinta años, sus posibilidades preventivas del cáncer de cuello de útero bajan del 61% al 6%, b/ el número necesario de niñas a vacunar para evitar un caso (no una muerte)

de cáncer de cuello de útero pasa de 324 a 9.088, y c/ el coste pasa de unos 100.000 euros a unos 3.000.000 de euros por cáncer evitado (no por muerte evitada).

En EEUU, donde el cáncer de cuello de útero es muchísimo más frecuente que en España, se ha calculado que la vacuna podría añadir al conjunto de la población de mujeres vacunadas unos cuatro días de vida ajustados por calidad.

Cabe la posibilidad de que la inmunidad contra los virus 16 y 18 dé mayores oportunidades a otros tipos del virus, que aprovechen el "nicho vacante". En ese sentido apunta algún dato de uno de los ensayos clínicos. Desconocemos el impacto de la vacuna en la historia natural de la infección.

Los efectos adversos en los ensayos clínicos fueron frecuentes y sin importancia (dolor en el punto de la inyección, por ejemplo). Pero sólo se ha empezado su aplicación generalizada, a toda la población.

En EEUU, sobre 7 millones de dosis administradas en seis meses, a 30 de junio de 2007, se habían declarado 2.531 posibles efectos adversos (incluyendo siete muertas, y 13 casos de polineuritis de Guillain Barré; las primeras parecen no tener asociación con la vacuna, y sólo se han confirmado dos Guillain Barré probablemente inducidos por la vacuna). El 4% de los efectos adversos se dio en mujeres (¡y varones!) fuera de la población de vacunación recomendada; desde niñas de 3 meses de edad a ancianas de 77 años. Los efectos adversos fueron más graves cuando se asoció la vacuna contra el papiloma a la vacuna contra la meningitis.

La efectividad de la vacuna y las estrategias de su aplicación dependen de sus objetivos. No sabemos los objetivos del Ministerio de Sanidad en España (ni de las consejerías) al respecto. Se puede pretender: 1/ evitar la infección en las vacunadas, 2/ erradicar la infección en la población, 3/

evitar las displasias, 4/ evitar el cáncer invasivo, y/o 5/ evitar la mortalidad por cáncer de cuello de útero. En España y en los países desarrollados de la OCDE el gasto público en salud pública es apenas el 2% del total, incluyendo las vacunas. Si se introduce la nueva vacuna contra el virus del papiloma humano, a unos 300 euros las tres dosis, habrá que destinar la mitad de dicho 2% para su compra (sin contar los gastos de organización y tiempo de profesionales clínicos). Si los políticos deciden añadir ese gasto, no restarlo, en el futuro la salud pública verá muy mermada las posibilidades de mejora en su financiación (" ¡ya ha aumentado su presupuesto en el 50%, ¿cómo se puede pedir más?!").

Algunas cuestiones generales

La vacuna contra el virus del papiloma humano es la primera que se refiere a una conducta personal sexual. No sabemos en qué forma afectará a la percepción del riesgo en ambos sexos y en las distintas formas de sexualidad humana. Asombra el entusiasmo y el apoyo a favor de la vacuna de organizaciones políticas conservadoras (el PP en España, y los grupos que le apoyan, siendo banderín la Comunidad de Madrid, cuyo entonces consejero de sanidad, Lamela, ya anunció en marzo de 2007 que se incluiría la vacuna en el calendario cuando se aprobase), ante una vacuna que tiene que ver con conductas sexuales que habitualmente rechazan o reprueban (ni las mujeres vírgenes ni las que tengan pareja monógama perfecta se infectarán nunca). La vacunación reconoce, de facto, que la promiscuidad sexual es la norma, no la excepción. También sorprende el interés de grupos políticos no relacionados con la salud, que han promovido la comercialización y aplicación de la vacuna. Por ejemplo, la Comisión

Mixta Congreso-Senado sobre Derechos de la Mujer e Igualdad de Oportunidades, que al inicio de 2007 instó por unanimidad al Gobierno a favor de la vacuna y de su comercialización. En EEUU ha sido muy comentado el caso del gobernador del estado de Tejas, republicano, que ordenó la vacunación obligatoria. Se demostró posteriormente su conflicto de interés con la industria farmacéutica productora de la misma. Esa misma industria financia un grupo de legisladoras de todos los estados estadounidenses, Women in Government. En España sobre estas cuestiones no sabemos nada. Las vacunas son un tesoro sanitario, lo que más ha hecho por la salud de la población tras la educación general obligatoria y el suministro y depuración del agua potable. Las primeras tenían una eficacia y efectividad asombrosa. Por ejemplo, ante la difteria, que podía matar a uno de cada cinco pacientes en las epidemias. O ante el sarampión, con sus cientos de miles de casos anuales, y una muerte por cada 2.500 pacientes, y una encefalitis cada 1.000. La vacuna contra el virus del papiloma humano es bien distinta. Su bajo impacto en salud puede contribuir al desprestigio de las vacunas en general. Ya hay problemas reales con las vacunas como la de la gripe (Guillain Barré), la triple vírica (trombocitopenia), la anti-neumocócica (selección de nuevos serotipos agresivos) y la inyección de mercurio (por el uso de timerosal como conservante; hasta 37 microgramos con el calendario vacunal en conjunto). Y hay problemas "imaginarios", pero graves, como la asociación del autismo con la triple vírica, o la esclerosis múltiple con la de la hepatitis B, o la colitis ulcerosa con la vacuna contra el sarampión. Conviene ser cautos y prudentes con las nuevas vacunas, para no perder "el tesoro" sanitario que representa el conjunto previo.

Por otra parte, sorprende que una vacuna del siglo XXI se aplique mediante inyección, cuando las inyecciones han prácticamente desaparecido en atención primaria. Necesitamos nuevas vías de administración. Necesitamos calendarios vacunales más científicos, basados en la efectividad probada, y al menos "europeos" (una recomendación de la Unión Europea acerca de calendario, agrupación de vacunas y demás, basado en hechos, en conocimientos empíricos). Necesitamos estudios de investigación de servicios para conocer el impacto de los calendarios vacunales en el trabajo y organización de la práctica clínica diaria. Sobre ello apenas sabemos nada. Necesitamos un sistema de monitorización de la vacunación y de sus efectos adversos. Es urgente mejorar la política global en torno a los problemas que conlleva la sexualidad (enfermedades asociadas, violencia, embarazos no deseados y abortos, por ejemplo). Es muy imprudente hablar de "vacuna contra el cáncer", o "contra el cáncer de útero", o "contra el cáncer del cuello de útero", como se ha hecho. Es falso. Es la vacuna contra el virus del papiloma humano (contra una proteína de su cápsula, para ser exactos). Si el Ministerio de Sanidad, las asociaciones científicas médicas y algunos profesionales abren la puerta a las "vacunas contra el cáncer" están abriendo las puertas a esas vacunas de charlatanes que se venden y difunden por Internet y otros medios alternativos, para enfermos terminales. De paso se desprestigia el verdadero esfuerzo contra el cáncer a través de vacunas, como es el caso en el melanoma. El mercado vacunal ha pasado en apenas unos años del abandono, por su escaso rendimiento comercial (hemos llegado al desabastecimiento, tanto en España como en otros países), a una actividad febril,

especialmente en torno al cáncer y a las vacunas personalizadas. En los seis primeros meses del 2007 Merck, la compañía fabricante de la primera vacuna (tetraivalente) autorizada y aplicada ha tenido beneficios en este campo de 2.000 millones de dólares, equivalente al total de 2006, y casi el doble que en todo 2005. Resultan científicamente inentendibles las decisiones del Ministerio de Sanidad, y las prisas de las distintas consejerías autonómicas. También resultan sorprendentes las declaraciones y "consensos" de asociaciones científicas médicas. Algunas veces son increíbles por su sobre-simplificación y banalización (por ejemplo, es de risa que siempre hablen de la incidencia mundial, más de medio millón de casos anuales, y de la mortalidad mundial, más de un cuarto de millón de casos anuales, como si nos quisieran asustar con "El Coco", pues se refieren a países pobres, donde reside la mayoría de la población mundial).

Para terminar, conviene que los profesionales de atención primaria "protejamos" a las niñas y adolescentes, hasta ahora sanas y no necesitadas de más cuidados que el verlas crecer. La medicalización anexa a su vacunación "contra el cáncer" puede dar pie a la implantación de "unidades de menarquia". Es un aviso para navegantes que ya di hace una década y que ahora sobrevuela como realidad cercana amenazante.

Conclusiones

No hay datos publicados que avalen la efectividad de la vacunación contra el virus del papiloma humano.

No hay razones científicas que avalen las prisas por vacunar.

No se han definido los objetivos de la vacunación.

Desconocemos mucho, y esencial, sobre la historia natural del cáncer de cuello de útero.

No sabemos el impacto sobre la percepción del riesgo de enfermedades



de transmisión sexual.

Vamos de extrapolación en extrapolación (de grupos de edad en grupos de edad, de seroconversión a eficacia, de resultados intermedios a resultados finales, de duración probada del efecto a supuestos de por vida) y con ello se pierde en seguridad y en ciencia. Conviene la prudencia.

Si las autoridades políticas introducen la vacunación, conviene que los profesionales y la población conozcan sus beneficios y riesgos. En último término, cabría plantear el consentimiento informado a las adolescentes.

Conflicto de intereses y otras cuestiones

Ningún conflicto de interés, más allá del deseo de ofrecer lo mejor a mis pacientes de Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón (Madrid), España.

El tiempo para obtener la información y escribir el texto es tiempo no clínico,

tiempo libre del firmante.

La institución pública en la que trabajo como médico rural es totalmente inocente del contenido del texto. De hecho, no tiene responsabilidad alguna respecto a lo que me dedique en mis horas libres.

He manejado la mejor información publicada y accesible del mundo, tanto en España como en EEUU, Canadá y otros países desarrollados. Pudiera haber algún error menor, pues soy médico general, no especialista en vacunas. Cualquier error estoy presto a corregirlo, pero puedo sostener y sostengo que no hay errores mayores. En Buitrago del Lozoya (Madrid), España, a uno de septiembre de 2007.

La vacuna contra el VPH resalta la necesidad de más citologías

**Judy Norsigian y
Heather Stephenson**
Colectivo de Boston
Coautoras de
Our Bodies Ourselves



La nueva vacuna llamada Gardasil representa un importante avance científico en el campo de la investigación de las vacunas, y su papel potencial en la salvación de vidas de mujeres es bastante sustancial en algunas partes del mundo donde la citología no está ampliamente disponible y, por lo tanto, el cáncer cervical es mucho más frecuente que en países donde el cribado de cáncer es más común. Una agresiva campaña de marketing de Merck presionó duramente al principio para conseguir órdenes estatales que requirieran la vacunación de las niñas de 9 a 12 años. Como la vacuna es mucho menos efectiva una vez que ha habido exposición a la infección por el virus del VPH (muy común entre las mujeres jóvenes que hayan tenido contactos sexuales), el énfasis se ha puesto en alcanzar a niñas muy jóvenes en lugar de adolescentes mayores.

¿Pero tiene sentido este abordaje obligatorio?

Incluso Merck ha retirado su apoyo a este abordaje y está ahora más en línea con las recomendaciones del Comité Asesor del Centro de Enfermedades sobre Prácticas de Inmunización, que pide la disponibilidad de la vacuna, pero NO la obligatoriedad.

Sus razones son las siguientes: No es una enfermedad altamente contagiosa que requiera lo que llamamos "inmunidad de rebaño" -la vacunación de la mayoría de la población para prevenir efectivamente la diseminación de la enfermedad. Simplemente por sentarse en clase junto a un estudiante infectado por una infección de VPH el virus del VPH NO se transmitirá -se requiere un contacto íntimo-. Generalmente, la salud pública comunitaria vigila los primeros años de una nueva vacuna para ver como es recibida y la clase de problemas que puedan emerger ANTES de hacerla obligatoria. Dado que los ensayos clínicos de la vacuna sólo han enrolado a unos pocos cientos de niñas entre los 9 y los 12 años, este abordaje parece especialmente prudente.

La oposición a la vacuna por los grupos más conservadores con objeciones morales ha nublado, desafortunadamente, las legítimas preocupaciones que puedan tener padres y madres sobre la seguridad de esta vacuna. Hasta ahora, los efectos negativos son menores y transitorios, pero sólo la vigilancia posterior al marketing puede

detectar cualquier nivel bajo de efectos negativos que puedan ser más graves. La vacuna no se recomienda a mujeres embarazadas, a personas con enfermedad aguda moderada o grave ni a nadie con sensibilidad hacia los componentes de la vacuna.

¿La obligatoriedad de la vacuna reduciría realmente el cáncer cervical?

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en Norteamérica predicen una reducción de cáncer cervical de un 22 a un 60%, atribuible a esta vacuna. Sin embargo, para que esa reducción se produjera, tendría que ser vacunada una alta proporción de mujeres jóvenes. E incluso así, las reducciones de cáncer cervical invasivo no podrían medirse en varias décadas.

Gardasil parece segura y efectiva hasta los cinco años, el tiempo en que se ha estudiado hasta ahora, y si sus efectos fuesen tan fuertes a largo plazo como sugieren los primeros resultados, el requerir y financiar la vacunación de las niñas en edad escolar (con la excepción de las familias que renuncien a hacerlo) podría ser la mejor forma de asegurar el acceso y la protección para todas las niñas, sin distinción de clases o raza. Alrededor de 10.000 casos de cáncer cervical se diagnosticarán este año en los Estados Unidos y unas 3.700 de esas mujeres morirán por la enfermedad. La mayoría de las que mueren por cáncer cervical nunca han realizado una citología. Esta prueba puede detectar tejido precanceroso, que puede ser extraído para prevenir el desarrollo del cáncer cervical.

En Estados Unidos hay 6.6 casos de cáncer cervical por cada 100.000 mujeres blancas y 10.5 casos por cada 100.000 mujeres afro-americanas. La disparidad racial se debe, al menos en parte, a que las mujeres de color tienen menos acceso al cribado. Globalmente, en las regiones en las que

el cribado es mucho menos habitual, las cifras son mucho peores. En zonas de África, América del Sur y Central y en Micronesia hay más de 50 casos de cáncer cervical por cada 100.000 mujeres. Todavía no sabemos si requerir la vacunación puede reducir las muertes por cáncer cervical y reducir las disparidades étnicas y raciales en términos de prevalencia de VPH, incidencia de cáncer cervical y mortalidad por cáncer. Es posible que las mujeres que no obtienen citologías y seguimiento regular sean también aquellas con menos probabilidades de ser vacunadas, incluso con órdenes legislativas en vigencia.

Si hay algo que las discusiones dejan claro es la necesidad de hacer más esfuerzos con las citologías. El cáncer cervical solía ser la causa principal de muerte por cáncer entre las mujeres norteamericanas. Pero desde la introducción de las citologías en la década de los cuarenta, esas muertes han disminuido un 75%, incluso aunque la población haya aumentado.

¿Qué logra la Vacuna contra el VPH?

El VPH es la infección más común transmitida sexualmente en los Estados Unidos, y afecta a 1 de cada 4 mujeres (25%) entre 14 y 59 años. La exposición generalmente ocurre en los primeros años de actividad sexual pero las infecciones suelen pasar desapercibidas porque no hay síntomas. La gran mayoría de infecciones se resuelven solas. En el mundo, el 70 % de las mujeres que desarrollan cáncer cervical han sido infectadas por VPH 16 ó VPH 18, dos cepas a las que se dirige la vacuna Gardasil. Pero la mayoría de las mujeres infectadas incluso con esas cepas "de alto riesgo" no desarrollarán un cáncer cervical. Además de proteger efectivamente contra cepas 16 y 18 de VPH, Gardasil protege contra los tipos 6 y 11, que causan verrugas genitales pero no cáncer cervical.

Cervarix, la vacuna que Glaxo SmithKline espera introducir en estados Unidos pronto, también protege contra los tipos de VPH 16 y 18, pero no de las cepas que causan verrugas genitales. Puede que ambos -Gardasil y Cervarix- provean protección cruzada parcial contra algunos tipos adicionales de VPH. Ninguna vacuna protege de todos los tipos de VPH que pueden conducir a un cáncer cervical. Aún siguen siendo necesarias las citologías periódicas y el seguimiento, incluso para las mujeres vacunadas, porque pueden haber tenido una exposición previa al VPH o pueden estar expuestas más tarde a otras cepas que las vacunas no cubren.

Vale la pena resaltar que los ensayos de la vacuna VPH sólo han demostrado protección contra lesiones precancerosas genitales relacionadas con el VPH, no contra el cáncer. Una discusión actual es si Merck necesita cobrar 360 dólares por persona por la vacuna, como hace actualmente. Según Glen McGee, de la Escuela de Medicina de Albany, Merck podría recuperar en varios años el costo del desarrollo de ésta y otras vacunas que nunca llegaron al mercado cobrando diez veces menos que ahora (asumiendo que las ventas continúen al ritmo actual). Merck dice que ha calculado el precio tomando en consideración el costo de la investigación y el desarrollo así como el ahorro que la vacuna podría producir en tratamientos relacionados con el VPH. Otros análisis (por ejemplo, el informe de la British Columbia Cancer Agency) están en desacuerdo con esos cálculos y concluyen que el costo de la vacunación supera ampliamente la cantidad ahorrada en evitar el tratamiento de enfermedades relacionadas con el VPH.

Mientras consideramos cómo proceder sobre la vacunación VPH, nuestras decisiones individuales y las políticas públicas deben guiarse por una clara comprensión de las investigaciones - y no por las proclamas de marketing o la financiación de grupos de presión-

información para madres y padres:

LO QUE HAY QUE SABER SOBRE EL CÁNCER CERVICAL, EL VIRUS DEL PAPILOMA Y LA VACUNA

1 Sobre el virus del papiloma y el cáncer de cuello de útero

No hay epidemia de cáncer de cérvix en España. La incidencia es de las más bajas del mundo, gracias a la práctica de citologías entre las mujeres. Lo que hay es una campaña de alarmismo infundado financiada por Merck, el laboratorio que fabrica la vacuna Gardasil. *(El laboratorio Merck ha sido condenado a pagar indemnizaciones grandiosas por ocultar información sobre efectos secundarios letales del VIOXX)*

Baja mortalidad. De todas las muertes por cáncer femenino en España, el cáncer de cérvix está muy por detrás de los de colon y recto, estómago, bronquios y pulmones. La edad media de fallecimiento por cáncer de cérvix es de 60 años. El 80% de las afectadas nunca habían recibido una citología. *(Fundación Científica de la Asociación Española contra el Cáncer).*

La infección del VPH es condición necesaria pero no suficiente para desarrollar cáncer de cérvix. Influyen: edad de inicio de relaciones sexuales, multiparidad, uso prolongado de anticonceptivos orales-más de 5 años, comportamiento sexual promiscuo, el tabaquismo, coinfecciones de transmisión sexual, inmunosupresión y deficiencias nutricionales.

En el 90% de los casos, la infección remite espontáneamente y la evolución de la infección por VPH a cáncer de cérvix es lenta y controlable. Las modificaciones celulares pueden ser detectadas en diversos estadios mediante la práctica de citología y tratadas **ANTES** de su evolución a cáncer.

2 Sobre la Vacuna Gardasil

No ha sido estudiada su eficacia en niñas. Sólo ha sido probada en mujeres de 16 a 26 años. Sólo se ha probado la capacidad inmunogénica (y no la efectividad ni seguridad) en 1.200 niñas de 9 a 15 años, siendo las de menor edad sólo 100, seguidas durante 18 meses.

No protege contra todas las cepas cancerígenas del VPH. Del centenar de tipos de papiloma humano, Gardasil **sólo protege contra dos** de los serotipos potencialmente cancerígenos (16 y 18) asociados al 70 % de cáncer de cérvix y otros dos (11 y 6) asociados a verrugas genitales.

Es profiláctica, pero no curativa. Evita la infección de 2 de los 15 serotipos cancerígenos y no elimina las células alteradas.

Riesgos y efectos secundarios de la vacuna. Los efectos secundarios ya reportados son frecuentes, variados

y de distinta gravedad. Consultar el Vaccine Adverse Event Reporting System (<http://www.fda.gov/cber/vaers/vaers.htm>). Preocupa que la **falsa seguridad** que confiera la vacuna desencadene una baja percepción de riesgo y provoque la disminución de cuidados, controles citológicos y hábitos sexuales saludables

Precio. Gardasil es la vacuna más cara de la historia. El Ministerio de Sanidad ha aprobado 312 euros por las tres dosis, sin contar los recargos de distribución y de farmacia.

Duración desconocida. La eficacia reconocida por el Ministerio de Sanidad es de sólo 4,5 años, por lo que muy probablemente haya que volver a vacunar a las niñas antes de que hayan tenido relaciones sexuales con penetración

3 Nosotras proponemos:

Proteger a las niñas y adolescentes. Dejarlas crecer sin medicalizaciones imprevisibles e innecesarias.

Acceso a las citologías nominales de cribado para todas las mujeres.

Información. A la población en general y a las y los más jóvenes en particular sobre cómo mantener la salud y vivir una sexualidad plena y segura. Creación de centros específicos.

Talleres de Salud. Poner en marcha talleres de salud para mujeres para evitar que sus procesos fisiológicos naturales sean tratados como patologías y medicalizados.



[http:// adibs-feminista.blogspot.com](http://adibs-feminista.blogspot.com)
donesperalasalut.balears@hotmail.com

Papiloma humano, vacunas y salud de las mujeres: preguntas y advertencias

Abby Lippman PhD, Ryan Melnychuk PhD,
Carolyn Shimmin BJ, Madeline Boscoe RN DU

Publicado en el Canadian Medical Association Journal, www.cmaj.ca, el 28 de agosto de 2007.

Reproducido en MYS con permiso de las autoras.

CMAJ

Canada's leading medical journal

El reciente anuncio del gobierno federal (de Canadá) de invertir 300 millones de dólares en un programa para vacunar a niñas y mujeres con la vacuna actualmente disponible contra el papiloma humano (VPH), Gardasil, enmarcado como una forma de prevenir el cáncer cervical en Canadá, ha sido generalmente bienvenido por una amplia variedad de comentaristas. El compromiso político de mejorar la salud de las mujeres y las niñas es elogiado y la información emergente sobre la efectividad de la inmunización para reducir la prevalencia de VPH es prometedora.

Sin embargo, aunque la infección por VPH es necesaria para el desarrollo del cáncer cervical y la evidencia sugiere que Gardasil puede prevenir la infección primaria de los tipos 16 y 18 del VPH (actualmente considerados los causantes del 70% de casos de cánceres cervicales), nosotras proponemos que esos hechos sean considerados dentro de un contexto más amplio, antes de que se implementen las políticas de inmunización.

Una cuidadosa revisión de la literatura, incluida la proporcionada por el fabricante para la aprobación de Gardasil, revela que hay un número suficiente de cuestiones sin respuesta, lo que nos lleva a la conclusión de que el programa de inmunización universal dirigido a mujeres y niñas en Canadá es, en estos momentos, prematuro y podría posiblemente tener consecuencias

negativas no previstas tanto individuales como para el conjunto de la sociedad.

En este trabajo detallamos algunos de los interrogantes y preocupaciones mayores que necesitan ser abordados antes de que haya una escalada arrolladora del programa de vacunación.

Para una información más detallada ver www.cwhn.ca/resources/cwhn/VPH-brief.html, donde se reflejan las cuestiones que surgen del marco analítico creado por Erickson y col (2) en el contexto del desarrollo de la estrategia Nacional de Inmunización y los esfuerzos para asegurar una evaluación sistemática y extensa de todos los factores relevantes, antes de que se tomen decisiones sobre la implementación del nuevo programa de inmunización. Ellos también se hacen eco de algunas de las cuestiones de la investigación identificadas como importantes en el Informe Final del workshop llevado a cabo en Québec City en 2005 "Canadian Human Papillomavirus Vaccine Research Priorities Workshop", (3). Nosotras esperamos que el planteamiento de esas cuestiones contribuyan ahora a las deliberaciones necesarias para asegurar un proceso de decisión responsable y transparente basado en evidencias.

Interrogantes y precauciones generales

- No hay una epidemia de cáncer cervical en Canadá para explicar

la urgencia de un programa de vacunación como el anunciado por el Ministro de Finanzas. Según las estadísticas de Cáncer en Canadá de 2006 (4), el cáncer cervical es el onceavo más frecuente entre las mujeres canadienses y la decimotercera causa de muertes relacionadas con el cáncer, con unas 400 muertes anuales. Tanto la incidencia como la mortalidad de cáncer cervical han ido disminuyendo en Canadá, como en otros países "ricos en recursos", aunque últimamente a un ritmo algo más lento que el observado en décadas anteriores (5). No obstante, la incidencia y la mortalidad aún varían entre distintos grupos de mujeres, siendo notablemente superior entre las mujeres aborígenes que entre las que no.

- El cáncer cervical sigue típicamente un ritmo progresivo lento que puede ser detenido en varios estadios. El notable descenso en muertes por cáncer cervical en Canadá, incluso antes del desarrollo de ninguna vacuna, representa un éxito de salud pública. Las investigaciones lo atribuyen a la mejora de las prácticas de salud reproductiva y a la amplia disponibilidad de recursos públicos de pruebas de Papanicolau (citologías) (6). De hecho, la financiación pública de esos programas también ha reducido significativamente las desigualdades en salud de las mujeres (6). Consecuentemente, las muertes por cáncer cervical -relativamente raras en

Canadá pero siempre lamentables y no distribuidas equitativamente entre las mujeres- deben considerarse como un fallo en el adecuado apoyo a los servicios de atención primaria y salud reproductiva que garantizarían condiciones de vida saludables para todas las mujeres. Es necesaria la mejora de estos servicios, así como los pasos para asegurar que todas las mujeres reciban apropiados test de Papanicolau (citologías) y seguimiento.

- La mayoría de las infecciones por VPH se resuelven espontáneamente. Investigaciones recientes utilizando tecnologías de detección molecular sugieren que la remisión ocurre dentro de 1 año en un 70% de las mujeres, y dentro de 2 años en el 90% (7). Por lo tanto, no se debe confundir infección por VPH con cáncer cervical: el cáncer no se desarrollará ni siquiera en la mayoría de las mujeres infectadas con una cepa de alto riesgo (8). Desgraciadamente no hay datos sobre las cifras entre las niñas ni siquiera sobre la prevalencia actual de VPH entre jóvenes y niños, aunque esta sea información importante para desarrollar y, subsecuentemente, evaluar, propuestas políticas.

- La naturaleza de un programa de vacunación depende necesariamente de la definición de metas claras y definidas. Hasta ahora, esos objetivos no son explícitos en lo que respecta a la iniciativa canadiense. ¿Es el objetivo de este programa de vacunación la erradicación de tipos de alto riesgo de VPH en la población? ¿O es para reducir el número de muertes por cáncer cervical? Objetivos distintos requieren estrategias diferentes. Por ejemplo, la eliminación del patógeno implicaría un objetivo de inmunización general, requiriendo la vacunación de niños y hombres jóvenes. En contraste, la reducción de muertes por cáncer cervical sugeriría la necesidad de una vacuna dirigida a más de las dos cepas de alto riesgo de Gardasil, que sólo contarían en dos tercios de casos de cánceres de cérvix.

- La información sobre la eficacia del Gardasil permanece incierta. Su efectividad en el mundo real es todavía menos clara. Hasta hoy, sólo han sido publicados un puñado de ensayos controlados randomizados de suficiente calidad para calificar una revisión sistemática (9). Es interesante notar que cada ensayo publicado de VPH, ya sea de Gardasil o de su potencial competidor Cervarix, fue financiado total o parcialmente por los fabricantes de la vacuna. Aunque Rambout y cols (9) en su revisión sistemática encuentran que en general la vacuna es muy eficaz en corto plazo, especialmente cuando todos los resultados clínicos se unifican, también notan que alguna debilidad metodológica en los informes de los ensayos, combinada con los límites de los datos disponibles, continúa dejando muchas lagunas de información. La situación no es inusual en este punto del desarrollo de un nuevo producto farmacéutico; sin embargo, advierte contra hacer descripciones demasiado optimistas de los beneficios minimizando los riesgos potenciales.

- Nosotras añadiríamos unas cuántas cuestiones a las planteadas por Rambout y colegas. Específicamente, ¿cuál es la extensión de la protección inmunológica que la vacuna confiere contra los tipos 16 y 18 de VPH? ¿Se necesitarán refuerzos para mantener esta limitada cobertura? y, si es así, ¿cuándo? Otras cuestiones respecto a la efectividad se centran en preocupaciones sobre la posibilidad de que la inmunidad a corto plazo altere la historia natural de la infección viral, como parece ocurrir con el sarampión: la protección ha sido de duración más corta de la esperada, y las infecciones virales en personas mayores han sido más graves que aquellas en niños (10).

- También faltan datos sobre la efectividad de la vacuna VPH

cuando se co-administra con otras inmunizaciones, como puede ocurrir en la vida real. Además, ¿influirán factores como la nutrición, el tabaquismo y la salud general (co- morbilidad) en la seguridad o utilidad de la vacuna VPH? Tal vez, y más importante, ¿puede que los malos entendidos sobre lo que la vacuna hace y no hace llevar a la reducción de prácticas sexuales más seguras y de porcentajes de cribado mediante citologías? Estas son algunas de las cuestiones que surgieron en el Research Priorities Workshop en Quebec City in November 2005, que aún permanecen pertinentes- y sin respuesta.

- Relativamente pocas niñas (unas 1.200 entre 9 y 15 años) fueron estudiadas en los ensayos clínicos de Gardasil, siendo las más jóvenes seguidas por 18 meses. (11). Basándose en la asunción de que ellas no han estado expuestas todavía a los virus del VPH, las niñas de esta edad representan el objetivo prioritario de la vacunación masiva. Claramente, esta es una base de información débil sobre la que construir una política de vacunación masiva para todas las niñas entre 9 y 13 años, según las recomendaciones del Comité Asesor Nacional sobre Recomendaciones Inmunológicas (1).

- Gardasil es la vacuna infantil más cara propuesta para uso masivo; cuesta 404 dólares para las tres dosis requeridas. Aún y así, sigue faltando el análisis de coste-efectividad de los programas de vacunación propuestos. La falta de datos sobre efectividad hace difícil estimar qué reducción en test repetidos o colposcopias pueden anticiparse para contrarrestar alguno de los costos de la vacunación e impide determinar si la vacunación tendrá algún "valor añadido". Niñas y mujeres, incluso vacunadas, seguirán necesitando practicar sexo seguro y tener acceso a los programas existentes de citologías así como a otra

atención de salud reproductiva. Similar necesidad de análisis requieren los posibles costos de logros y oportunidades perdidas en el impacto de otras atenciones sanitarias al dedicar ilimitados recursos a los programas de vacunación VPH.

Recomendaciones generales

Nosotras proponemos algunas recomendaciones generales que deberían ser consideradas antes de que se desarrolle e implemente un programa de vacunación universal con VPH (Cuadro 1).

Para ser claras, si y cuando la evidencia demuestre que un programa de vacunación VPH puede ser exitosamente implementado en Canadá, debe ser financiado públicamente. La falta de recursos financieros no debe impedir que ninguna joven o mujer reciba lo que haya sido sancionado por las autoridades sanitarias. Sin embargo, la preocupación por cómo se utilizan los fondos públicos para promover y proteger la salud de las chicas y mujeres debe considerar cuestiones más amplias, como la necesidad de los grupos más necesitados y marginados de la sociedad.

El apoyo gubernamental a la vacunación VPH no debe perpetuar las inequidades existentes en salud. En cambio, esos programas deben reducir las inequidades a través de aproximaciones cuidadosas e inclusivas basadas en la evidencia que permitan que se beneficien quienes corren más riesgos.

Para promover y proteger la salud de las mujeres más eficazmente, y trabajar por la prevención de muertes por cáncer cervical en Canadá, no sólo debemos concentrarnos en el programa de vacunación universal VPH en estos momentos en que hay una urgente necesidad de respuesta rápidas y claras a las muchas preguntas señaladas en este artículo.

Gardasil representa la primera de las probablemente muchas vacunas para cepas de alto riesgo de VPH, y el cómo procesamos ahora ésta vacuna marcará los precedentes para otras. Las bases de un exitoso programa de vacunación deben ser sólidas, basadas en la evidencia de las investigaciones, y tenemos ahora una excelente oportunidad de completar este trabajo y desarrollar un modelo para los programas actuales y futuros de vacunación VPH, con resultados sanitarios claros, definidos y mensurables.

Tenemos que asegurarnos de que gastar unos 2 billones de dólares para vacunar a una población de niñas y mujeres en Canadá que están ya en su mayoría bien protegidas por sus propios sistemas inmunes, prácticas sexuales seguras y existentes programas de cribado, no perpetuarán las existentes lagunas en la atención ni mantendrán los actuales porcentajes de muertes por cáncer cervical invariables.

Peor sería la emergencia de efectos iatrogénicos, como el aumento en las cifras de cáncer cervical, si un falso sentido de seguridad llevara a las jóvenes y mujeres a dejar de hacerse citologías regularmente y a ver la vacunación como un simple "remiendo".

Al desarrollar un programa modelo de vacunación VPH, los gobiernos deberían empezar por educar a la población sobre la realidad del cáncer cervical y sobre la infección por VPH para apaciguar las ansiedades sobre el cáncer cervical y el VPH, así como enfatizar la importancia de las prácticas personales saludables, incluido el uso de métodos de barrera, la buena nutrición, el cese del tabaquismo y la realización de las citologías periódicas como cribado de infecciones transmitidas sexualmente.

También deberían ser revisadas las políticas federales, provinciales y territoriales de atención a la salud

reproductiva, incluyendo la evaluación del lugar de cualquier programa de vacunación dentro de los servicios existentes para la prevención y el manejo del cáncer cervical. Esto último requerirá una definición de los objetivos de cualquier programa de vacunación masiva. Si la meta es reducir el cáncer cervical, la posibilidad de favorecer vacunas seguras y eficaces que cubran una amplia gama de cepas de alto riesgo debe ser considerada. Si el objetivo es eliminar las infecciones por VPH, también será esencial tener datos sobre cómo incluir en los programas a chicos y hombres además de chicas y mujeres, y sobre cómo manejar los tipos oncogénicos recientemente identificados.

Comparaciones de confrontación ("head-to-head") de diferentes vacunas mediante programas de investigación imparciales y libres de conflictos de intereses serían los más útiles para obtener datos para tomar decisiones políticas y de atención sanitaria basadas en la evidencia. Canadá tiene ya marcos útiles para desarrollar políticas de vacunación y prevención de cáncer. Utilizarlos para evaluar la evidencia científica (molecular, epidemiológica e inmunológica) y social relacionada con la vacuna VPH es urgente, antes de que los gobiernos destinen enormes sumas de un presupuesto ya bastante limitado en salud para esos programas. Es hora de tomar un respiro y reflexionar sobre lo que sabemos y no sabemos, y de desarrollar un plan basado en evidencia sólida y fiable que añada valor para todo el mundo. Tanto las niñas como las mujeres individualmente, como los directores de las políticas sanitarias pueden tomar decisiones verdaderamente informadas sobre vacunaciones sólo cuando poseen toda la evidencia y, hoy día, hay más preguntas que respuestas.

Cuadro 1:

Recomendaciones generales para el desarrollo de un programa de vacunación masiva contra la infección por el virus del papiloma humano (VPH)

- Los diferentes gobiernos deben empezar inmediatamente a educar al público sobre las realidades del cáncer cervical, la infección por VPH y las vacunaciones VPH, enfatizando la importancia de las prácticas personales sexuales de comportamiento, buena nutrición, cese del tabaquismo y test regulares de Papanicolau y cribado de infecciones de transmisión sexual.
- Las políticas federales, provinciales y territoriales sobre atención a la salud reproductiva deben ser revisadas para determinar el lugar de cualquier programa de vacunación dentro de los servicios existentes para la prevención y el manejo del cáncer cervical.
- Los objetivos de cualquier programa potencial de vacunación masiva necesitan ser definidos para asegurar que se utiliza la vacuna más efectiva y segura en las poblaciones apropiadas para cumplir esas metas.
- Los gobiernos deben apoyar investigación imparcial, libre de conflictos de intereses y recoger datos de los que actualmente se carece pero son esenciales para desarrollar políticas y decisiones sanitarias basadas en la evidencia.

Esa investigación necesita incluir estudios que valoren el impacto potencial de la vacunación sobre prácticas sexuales más seguras, sobre acceso a los servicios de salud reproductiva y sobre posibles "lost-opportunity costs" (costes de oportunidad perdidos).

INVESTIGACION

Abby Lippman trabaja en el Departamento de Epidemiología, Bioestadísticas, y Salud Ocupacional, McGill University, Montréal, Quebec, y pertenece a la Red de Salud de las Mujeres del Canadá.

Ryan Melnychuk trabaja en el Departamento de Bioética de la Universidad Dalhousie, Halifax, NS. Carolyn Shimmin pertenece a la Red de Salud de las Mujeres de Canadá, en Winnipeg, Man.

Madeline Boscoe trabaja en la Clínica de Salud de las Mujeres de Winnipeg, Man.

© 2007 Canadian Medical Association

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno declarado.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Judy Norsigian, Robin Barnett y Hans Krueger, así como a los miembros de Women and Health, sus reflexivas contribuciones.

Todas las autoras son miembros de la red Canadiense de Salud de las Mujeres, cuyo "Writing Group" ha colaborado y compartido textos con otros individuos y grupos urante el desarrollo de este material.

Women and Health Protection y Canadian Women's Health Network están apoyados por el Women's Health Contribution Program, Health Canada.

Las opiniones expresadas en este artículo son de las autoras y no necesariamente de Health Canada.

CMAJ • August 28, 2007 • 177(5) 487

REFERENCES

1. National Advisory Committee on Immunization. Statement on human papillomavirus vaccine. *Can Commun Dis Rep* 2007;33(ACS-2):1-31.
2. Erickson LJ, De Wals P, Farand L. An analytical framework for immunization programs in Canada. *Vaccine* 2005;23:2470-6.
3. Public Health Agency of Canada. Canadian human papillomavirus vaccine research priorities workshop: final report. *Can Commun Dis Rep* 2006;32S1:1-66.

4. Canadian Cancer Society and National Cancer Institute of Canada. *Canadian cancer statistics 2006*. Toronto: The Institute; 2006.
 5. Sellors JW, Lytwyn A. Human papilloma virus. [In: National goals for the prevention and control of sexually transmitted diseases in Canada.] *Can Commun Dis Rep* 1997 Nov; 23S6. Available: www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/97vol23/23s6nat/23s6g_e.html (accessed 2007 July 17).
 6. James PD, Wilkins R, Detsky AS, et al. Avoidable mortality by neighbourhood income in Canada: 25 years after the establishment of universal health insurance. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:287-96.
 7. Management and treatment of specific infections: genital human papillomavirus (VPH) infections. In: *Canadian guidelines on sexually transmitted infections, 2006 edition*. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2006. Available: www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti_2006/sti_intro2006_e.html (accessed 2007 July 23).
 8. Public Health Agency of Canada. What everyone should know about human papillomavirus (VPH): questions and answers. Available: www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/VPH-vph/VPH-vph-qaqr_e.html (accessed 2007 July 17).
 9. Rambout L, Hopkins L, Hutton B, et al. Prophylactic vaccination against human papillomavirus infection and disease in women: a systematic review of randomized controlled trials. *CMAJ* 2007;177:469-79.
 10. Chaves SS, Gargiullo P, Zhang JX, et al. Loss of vaccine-induced immunity to varicella over time. *N Engl J Med* 2007;356:1121-9.
 11. Rabin R. A new vaccine for girls: But should it be compulsory? *New York Times* 2006 Jul 18. Available: <http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?sec=health&res=9E06E7DF163FF93BA25754C0A9609C8B63> (accessed 2007 July 23).
- Correspondence to: Dr. Abby Lippman, Department of Epidemiology, Biostatistics, and Occupational Health, McGill University, 1020 av. des Pins Ouest, Montréal QC H3A 1A2; fax 514 398-4503; abby.lippman@mcgill.ca

Universidad Internacional Menéndez Pelayo

Santander, 29, 30 y 31 de agosto de 2007

Conclusiones provisionales de los directores del Encuentro

vacunar contra EL virus DEL PapiLoma Humano: implicaciones DE una Decisión.



Ildfonso Hernández Aguado

Profesor de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Miguel Hernández.



Miquel Porta Serra

Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Autónoma de Barcelona.

*Dada la naturaleza de las políticas vacunales, estamos ante una decisión de política de salud pública de enorme sensibilidad, trascendencia y gravedad, con consecuencias de diversa índole: sanitarias, sociales, culturales, clínicas, económicas, políticas. Sus efectos serán recordados mucho tiempo por la ciudadanía, por los profesionales de la salud y por las autoridades. El fundamento de toda decisión relativa al *calendario vacunal* tiene un impacto duradero en la confianza pública y en la credibilidad de las autoridades sanitarias. Estos fueron, entre otros, los motivos que fundamentaron la convocatoria de la UIMP en Santander, a la que se invitó con todo interés a la Dirección General de Salud Pública del Ministerio y a las Consejerías de salud de las CC.AA.*

A nuestro juicio, el Encuentro disfrutó de unas ponencias y debates de elevada calidad científica, con *visión* de salud pública, atendiendo a las dimensiones sanitarias, clínicas, políticas, sociales, culturales y económicas del problema. Los ponentes y el resto de participantes en el Encuentro desarrollaron sus análisis con toda cordialidad y, a veces, con una cierta pasión, pero siempre con respeto, rigor y profundidad. Y lo que todavía nos parece más importante, desde una pluralidad de perspectivas. Es probable que análisis con estas características no hayan abundado anteriormente en España sobre este tema. Por todo ello, nos ha parecido que acaso podría ser una contribución socialmente útil redactar unas conclusiones, que nos permitimos someter a la consideración

de las personas interesadas, por si las estimasen de utilidad en la actual etapa. Con muchos gusto atenderemos las críticas que estimen adecuado realizar.

1. Como hemos reiterado a lo largo de los años, es digna de todo elogio la trayectoria investigadora que ha sustentado el desarrollo de las vacunas contra el cáncer de cuello uterino. Es además destacable la participación de epidemiólogos españoles de reconocido prestigio internacional. Sin embargo, la investigación etiológica o el desarrollo de una vacuna no son suficientes: antes de introducir una vacuna en el calendario vacunal son imprescindibles otros análisis y valoraciones. En España gran parte de esta tarea está por hacer. Además, el hecho de que la industria ponga en el mercado productos preventivos no debe forzar la agenda de las políticas públicas de salud, y mucho menos cuando se trata de una vacuna; la disponibilidad de un producto sanitario no implica necesariamente que en España vaya a tener un impacto poblacional sustancial. En los más prestigiosos foros científicos (*Science, Nature, NEJM, The Lancet, CAMJ*, etc.) se ha criticado que la agenda investigadora no responda a las necesidades sociales, a veces por evidentes conflictos de intereses. Más criticable sería todavía que las políticas públicas se vean forzadas por intereses comerciales o corporativos.

2. Las políticas públicas de prevención del cáncer tienen ya una cierta trayectoria en España y unos buenos equipos de profesionales; pero la financiación es comparativamente muchísimo menor a la de diversas intervenciones terapéuticas de escasa eficacia (o simplemente no recomendadas), como el uso de algunos fármacos no indicados en los primeros escalones del control de la hipertensión o la hipercolesterolemia. Como consecuencia contamos, por ejemplo, con unos programas de cribado de cáncer de mama que en ciertas zonas de España no alcanzan las coberturas y la mínima calidad exigible. Paradigma de mal funcionamiento es la detección precoz del cáncer de cuello uterino en España. La detección precoz clínica de este y otros cánceres sufre asimismo de graves deficiencias en nuestro país. Nada de ello nos parece motivo para la vacunación sistemática; lo contrario supondría una insólita dejación de responsabilidades clínicas, preventivas y asistenciales de todo tipo. Creemos que la sociedad española no entendería que esas y otras deficiencias en tareas nucleares del sistema de salud sirviesen como excusa para una "huída hacia la vacunación sistemática".

3. Si situamos en su justo y legítimo lugar a los intereses comerciales y corporativos, el objetivo es prevenir el cáncer de cuello uterino en España. Por ello, hay que ser muy claro con la población: las vacunas contra el VPH no van a evitar ningún cáncer en los millones de mujeres españolas que hoy son mayores de aproximadamente 12 años; y, sin embargo, los programas de detección precoz —bien organizados, financiados y aplicados— evitarían un gran número de muertes en estas mujeres. Además, la frecuencia de cáncer de cuello uterino en España es —afortunadamente— tan baja, que las prioridades en la prevención de cáncer

deben comenzar por otros problemas más acuciantes y que serían fácilmente prevenibles con una financiación mucho menor que la prevista en el caso que se decidiese incluir la vacuna en el calendario vacunal. El número de casos de cáncer de cuello uterino que las actuales vacunas podrían prevenir —nunca antes de varias décadas— es en cualquier caso muy bajo, incluso en condiciones ideales. Pero es que, además, existen en estos momentos incertidumbres de gran calado acerca de la efectividad que a medio y largo plazo la vacuna tendría en España. Las condiciones específicas de la infección en nuestro país y las limitaciones en los conocimientos existentes han sido soslayadas con frecuencia en los discursos dominantes en los últimos meses. Así, pues, además de las lagunas ya mencionadas, existe un preocupante desconocimiento acerca del impacto real que en nuestro país podrían tener las vacunas sobre la historia natural de la infección por VPH.

4. No hay ninguna prisa objetiva en adoptar la decisión de vacunar a todas las niñas españolas de 10-14 años. A no ser que las autoridades sanitarias hagan suyos intereses empresariales secundarios, en este caso, a los intereses colectivos. En primer lugar, por las innegables lagunas e imprecisiones en la información disponible. Y, no menos importante, porque hay otras prioridades de salud de la mujer que no son prevenir unos pocos casos de cáncer de cuello uterino dentro de 30 o 50 años, si finalmente se demuestra la efectividad y los perjuicios no superan los beneficios. Puesto que no es una prioridad de salud pública, ni mucho menos una emergencia, lo correcto es no decidir con prisas de origen dudoso. En cambio, es lógico esperar a disponer de la información imprescindible sobre las preguntas claves que quedan por responder sobre el impacto poblacional de las

vacunas. Sin ánimo de ser exhaustivos, además de las ya mencionadas creemos asimismo relevante destacar las siguientes preguntas:

— ¿Qué efectividad tendría la vacunación sistemática en la reducción de la mortalidad por cáncer de cuello uterino en España?

— ¿Cuáles son los objetivos explícitos de la vacunación sistemática?

¿Por qué no se han efectuado o dado a conocer todavía análisis coste/efectividad realizados con independencia de la industria biomédica?

— ¿Cuántos millones de niñas habría que vacunar para evitar cuántos casos de cáncer de cuello uterino cuándo?

¿Cuántos fallecimientos por cáncer de cuello uterino se prevenirían en los próximos 50 años por millón de niñas vacunadas? ¿Y si funcionase correctamente el sistema de salud, en especial la Atención Primaria, los programas de salud de la mujer, y la coordinación entre niveles?.

— ¿Por qué se generalizan sistemáticamente a España los parámetros relativos a la historia natural de la enfermedad observados en países con patrones epidemiológicos significativamente más agresivos que los nuestros? ¿Por qué se exagera el riesgo de progresión de la infección cuando estos estudios son casi inexistentes en España?

— Si se decidiera vacunar, ¿es ésta la mejor estrategia disponible para la prevención del cáncer ahora en España? ¿es ésta la mejor estrategia de salud pública para mejorar la salud de las mujeres españolas?

— ¿Qué seguridad tendrá la vacuna cuando se vacunen vastos grupos de población?

— ¿Qué duración tendría la inmunidad en las chicas españolas? ¿Quién correría con los gastos de las dosis de recuerdo? ¿Qué efectividad tendría la revacunación o las dosis de recuerdo en las chicas españolas que ya hubiesen iniciado las relaciones sexuales?

- ¿Qué influencia tendrá la vacuna en la epidemiología de otros tipos del virus del papiloma? ¿Habrá sustitución de tipos y se atenuará o anulará el efecto de la vacuna?
- ¿Ocurrirá lo mismo que con la vacuna antineumocócica, en la que se ha puesto en evidencia la precipitación de la decisión de algunos gobiernos?
- ¿Qué impacto tendría la vacunación sistemática en lugares con programas de detección precoz mal organizados?
- ¿Qué impacto tendría en otras acciones y conductas preventivas por parte de la población?
- ¿Cómo se compara la vacunación frente al VPH con otras acciones de salud pública más urgentes y de mayor repercusión en la salud de las mujeres españolas?
- ¿Qué reacciones tendrían las madres de niñas y las propias niñas que no hayan iniciado relaciones sexuales al verse excluidas (por edad) de los programas de vacunación?
- ¿Qué reacciones tendrían en las próximas décadas los millones de adolescentes y de mujeres no incluidas en los programas de vacunación que ya han iniciado relaciones sexuales?
- ¿Cuánto miedo o preocupación innecesarios causaría la decisión a los millones de mujeres españolas que mantienen relaciones sexuales y que, por ello, no son vacunables?
- ¿Convertiría la vacuna en una fuente de medicalización –y quizá de iatrogenia– al VPH?

Si no tenemos respuestas sólidas a preguntas tan relevantes antes de exponer físicamente y emocionalmente a grupos enteros de niñas sanas a una nueva vacuna, pensamos que es claramente precipitado e injustificado, cuanto menos, incluir la vacuna en el calendario vacunal.

5. Las amenazas de romper los consensos en un grupo de políticas tan sensibles y graves como son las vacunales, son deplorables e inaceptables. Las autoridades tienen



la responsabilidad y la posibilidad de no ceder a esas amenazas, ni a las derivadas de la presión en ciertos medios de escasa credibilidad científica. Reconocemos que las sociedades científicas de salud pública no han respondido con suficiente vigor a las distintas acciones promocionales, no fundamentadas científicamente, de la vacuna, y que la Universidad apenas ha aportado elementos críticos para los análisis. El calendario vacunal es un instrumento clave en salud pública y las modificaciones deben hacerse con extremo cuidado y con total consenso. En Estados Unidos, por ejemplo, las presiones comerciales y políticas ejercidas para que la vacuna fuese obligatoria en algunos estados han creado una gran desconfianza, desprestigio y reacciones “de rebote”.

6. Los responsables políticos de salud pública asistentes al Encuentro de la UIMP reconocieron que la vacunación sistemática supondría antes o después problemas en los presupuestos de salud pública. No se trata únicamente de la enorme magnitud económica que supone financiar públicamente la vacunación sistemática por la compra de una vacuna: se deben añadir también los recursos humanos y los sistemas de vigilancia adicionales, algunos de ellos muy caros, pues se basan en la aplicación de pruebas

de detección de tipos de virus a precios elevados. Las autoridades políticas no pueden soslayar que algunos expertos en vacunas y en VPH tienen conflictos de interés con las industrias productoras de las vacunas y con la industria proveedora de las pruebas diagnósticas del VPH. Sería inaceptable que las propias autoridades políticas tuviesen conflictos de intereses de esa índole. En definitiva, los amplios interrogantes que permanecen abiertos, la enorme relevancia para la salud pública de los análisis que es imprescindible realizar en España, y la sensibilidad social de las posibles decisiones nos parecen razones plenamente suficientes para sosegar el proceso de decisión, efectuar los análisis necesarios, reflexionar sobre sus resultados y encauzar el proceso sobre unas bases más sólidas científicamente, socialmente y, en definitiva, políticamente.

Para terminar, quisiéramos pedir disculpas, de antemano, por los errores que hayamos podido cometer, totalmente involuntarios, así como reiterar nuestra disponibilidad a atender las críticas que estimen adecuado realizar.

LOS PROS Y CONTRAS de una vacuna



ANDREU SEGURA

Profesor de Salud Pública de
la Universidad de Barcelona.

asegurabene@ub.edu

El Consejo de Ministros del 24 de agosto autorizó la solicitud de comercialización de la vacuna tetravalente contra los tipos 6, 11, 16 y 18 del virus del papiloma humano, como paso previo a la determinación del precio que la comisión de farmacia debe establecer, lo que permitirá su adquisición regular en el mercado español y, eventualmente, su incorporación al calendario oficial de vacunaciones.

La aplicación de la iniciativa sin aquilatar los pros y contras y los efectos sobre el sistema sanitario supone un alto riesgo de frustrar las expectativas.

La vacuna contra el papiloma es sólo parcialmente eficaz, razonablemente segura y probablemente compatible con el resto de vacunas.

Esta iniciativa, como cualquier intervención sanitaria, es susceptible de tener consecuencias positivas y negativas sobre la salud de la población y el funcionamiento de la sanidad española. Pero no parece que hayan sido suficientemente consideradas por el documento elaborado por la ponencia de vacunas del Consejo Interterritorial, de febrero de este año, que recomienda la vacunación de una generación de niñas entre las seis de los 9 a los 14 años. Ni tampoco por el autodenominado "documento de consenso" de ocho sociedades profesionales médicas cuyas propuestas son más intervencionistas.

Como el propósito último de la medida es la prevención del cáncer de cuello uterino, una finalidad que no se acostumbra a pretender con las vacunas, parecería más adecuado

disponer de la valoración de algún órgano asesor más experimentado en el diseño de políticas sanitarias globales, del mismo modo que se echa en falta la opinión de sociedades profesionales como la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) o la Sociedad Española de Epidemiología (SEE).

De todos modos, el documento de la ponencia contempla los cuatro criterios preestablecidos para considerar la inclusión de nuevas vacunas en el calendario oficial, y, aunque no ignora las incertidumbres relevantes que afronta la vacunación, se diría que la propuesta refleja la influencia irresistible del aluvión de estímulos mediáticos a favor de la inmediata aplicación de la vacuna.

De ahí que convenga compartir el análisis de los mencionados criterios; a saber, que la enfermedad prevenible constituya un problema importante de salud pública para la población española, que la vacuna sea eficaz y segura, que sea compatible con el resto de vacunas del calendario actual y que su implantación sea eficiente.

La vacuna tetravalente, y también la bivalente, que todavía está en trámite de autorización, ha probado su eficacia para prevenir el contagio de los virus de los tipos 16 y 18, a los que se atribuye un 70% de los cánceres de cuello uterino y, lo que es más importante, para reducir las lesiones precancerosas que la infección crónica persistente origina en una limitada proporción de las mujeres infectadas, y que al cabo de 10 a 20 años provocaran cáncer a una parte de ellas. Como la duración de las investigaciones ha sido hasta ahora mucho más breve



que el tiempo que se supone necesita la infección para producir el cáncer, no tenemos una prueba definitiva de que la vacuna reducirá efectivamente la incidencia ni la mortalidad de la enfermedad. Aunque, de acuerdo con los conocimientos actuales, es razonable esperar que se produzca este efecto positivo.

Los efectos adversos observados han sido de carácter local y de intensidad moderada. Sólo excepcionalmente no se ha podido completar la tanda prevista de tres dosis por la importancia de la reacción local; una información que satisface el criterio estándar de seguridad, aunque, como es natural, no excluye la eventualidad de consecuencias potencialmente indeseables en condiciones de aplicación masiva. En cuanto a posibles interacciones con otras vacunas del calendario, sólo se ha estudiado la compatibilidad con algunas de ellas, con resultados aceptables. La vacuna, pues, es sólo parcialmente eficaz, razonablemente segura y probablemente compatible con el resto. En cuanto a la eficiencia de la intervención, algunas estimaciones del cociente coste/efectividad, con datos correspondientes a otras situaciones epidemiológicas, sociales y económicas diferentes de las españolas, sugieren la conveniencia de complementar la vacunación con el diagnóstico y tratamiento precoz del cáncer para alcanzar un impacto sanitario que equilibre el elevado coste inicial de la administración de la vacuna, del orden de 350 euros las tres dosis. Para hacernos una idea de lo que significa, el coste de todas las dosis recomendadas en el calendario aplicado en Cataluña para prevenir 11 enfermedades transmisibles es de 235 euros.

A este importe habría que sumar otros costes directos como el material de inyección, la ampliación eventual de los dispositivos de almacenamiento,

la carga asistencial adicional, las actualizaciones formativas, etcétera. Así como la necesidad de mejorar el sistema de información para evaluar adecuadamente el funcionamiento y los resultados de la intervención.

Estos costes, sin duda, son menores que los que se dedican a la prevención secundaria y que suponen en España más de diez millones de citologías anuales. Pero, lamentablemente, no se ahorrarán con la vacuna, porque no es activa frente a todos los tipos virales que producen el tumor, ni tampoco en las mujeres que ya padecen infección persistente. Más bien habrá que prever un aumento de los costes al adaptar el cribado a la nueva situación. Sobre todo hasta que las generaciones ya infectadas se vayan sustituyendo. Se trata de una intervención cara, tal vez demasiado, sobre todo pensando en el coste/oportunidad.

Hay que decir, sin embargo, que incluso sin la vacuna, habría que mejorar radicalmente la prevención secundaria actual. Debido a la ausencia de evaluación sistemática por parte de las administraciones sanitarias públicas españolas, ninguna de las cuales ha organizado un programa de cribado poblacional, se practican muchas citologías a mujeres con poco riesgo, mientras que las expuestas a un riesgo mayor son objeto de menos diagnósticos precoces. Es, pues, una intervención ineficiente, poco o nada equitativa y, lo que todavía es peor, colectivamente insegura debido a la iatrogenia que fomenta entre las personas con resultados falsamente positivos, algunos de los cuales son atribuibles a la baja prevalencia de las lesiones en España y a las limitaciones intrínsecas de la prueba de Papanicolaou, pero otras resultan del poco control de calidad de su aplicación.

¿Pero cuál es la importancia del cáncer de cuello uterino en España?

Naturalmente, esta valoración implica

cierto grado de subjetividad, pero en cualquier caso debe basarse en la frecuencia y la gravedad de esta enfermedad. Los registros poblacionales de cáncer españoles permiten estimar que se producen unos 2.000 nuevos casos anuales, con una tasa de incidencia del orden de 7,5 nuevos casos por 100.000 mujeres y año, una de las más bajas del mundo. La evolución de la tendencia no es muy clara, de manera que no puede descartarse un ligero crecimiento en las edades más jóvenes. Las cifras españolas de prevalencia de infección disponibles son también de las más bajas entre las recogidas.

En cuanto a la mortalidad, en 2005 murieron en España 185.000 mujeres; el 20% de ellas, unas 36.000, por algún tipo de cáncer, pero apenas unas 600 por cáncer de cuello de útero. Es decir, el 0,3% de todas las defunciones femeninas, aunque se estima que la cifra real sería algo mayor, unas 735 muertes, o sea, el 0,4% del total.

Afortunadamente, pues, la magnitud del problema es relativamente moderada. El previsible impacto de la inclusión de la vacuna en el calendario oficial depende además de quiénes constituirían la población diana, teniendo en cuenta que ya sabemos que la vacuna no modifica la situación de las personas con infección crónica ni, todavía menos, la de aquellas que padecen lesiones.

Disponer de nuevas vacunas es, sin duda, un progreso. Que en el proceso hayan participado decisivamente epidemiólogos españoles es, además, motivo de orgullo. Pero aplicarlas sin aquilatar pros y contras y sin tener en cuenta los efectos sobre el sistema sanitario supone un alto riesgo de frustrar las expectativas generadas por las nuevas vacunas, lo que disminuiría la credibilidad de la salud pública.

Algo demasiado importante como para ponerlo en juego de forma temeraria.

Revisemos La prevención de Las enfermedades ginecológicas

Carme Valls Llobet
Médica endocrinóloga
Presidenta de CAPS

Hasta hace unos dos años, aunque sin acuerdo formal ni documento o protocolo consensuado (que conozcamos), las revisiones ginecológicas en España, se hacían con visita anual al ginecólogo/a, la citología cervical y, a partir de los 50 años, una mamografía cada dos años en el caso de que la mujer estuviera incluida en los cribados de población. A partir de 1990 en las consultas privadas se incluyó la densitometría ósea, tampoco con criterios claros de cuando y con qué frecuencia se debía hacer (la osteoporosis sólo afecta al 30% de la población femenina y no sabemos, por falta de estudios epidemiológicos, si las que se detectan a los 50 años ya estaban a los 30 años por tabaquismo, hipertiroidismo o falta de vitamina D). Falta por lo tanto una actualización de las revisiones necesarias para la prevención en salud ginecológica. Muchas de las prácticas preventivas iniciales no se basaron en estudios epidemiológicos, ya que no se tenían, sino en las nuevas técnicas de detección precoz de problemas, como la citología vaginal o la mamografía. Desde que los centros de planificación familiar fueron asumidos por la red pública de asistencia sanitaria, las tareas de prevención han supuesto para muchas autonomías una sobrecarga de su sistema asistencial público, por lo que se ha revisado la eficiencia de algunas prácticas preventivas, como la realización de citologías vaginales, desligadas de un planteamiento integral que englobe la prevención del cáncer de mama y ginecológico, por un lado, y de las enfermedades de transmisión sexual, por otro. En muchos casos como en el cáncer de mama la prevención por ahora sólo puede ser secundaria, ya que dado el

origen hormonal de la mayoría de este tipo de cáncer modulado por el estado de los receptores y de los factores de crecimiento, sólo tiene una aproximación a la prevención primaria identificando los factores de riesgo y siguiendo de cerca a las mujeres que más factores posean. (Ver MYS. número 18). Las revisiones ginecológicas preventivas en este momento, deberían por lo tanto actuar sobre la prevención del cáncer de mama, de ovario, de endometrio y de cérvix (a la espera de contar que en el futuro con más evidencias), identificar grupos de riesgo entre mujeres, y paliar signos y síntomas de hiperestrogenismo, base hormonal de los cánceres de mama y endometrio, que son los más frecuentes en los países industrializados. Para ello deberíamos actualizar periódicamente los criterios de cribado de cáncer de mama, analizar la sensibilidad y reproductibilidad de las nuevas técnicas de exploración preventiva como las resonancias magnéticas de mama, así como las bases científicas y las consecuencias de propuestas como la de la vacunación contra algunas cepas del papiloma virus humano, surgida recientemente.

Sobre las revisiones preventivas de Cáncer de Mama:

Los datos de España son de una mortalidad de unas 5.600 mujeres anuales y, aunque desconocemos la incidencia real, sabemos que la edad de incidencia está avanzando. La prevalencia de mutaciones genéticas (BRCA) se estima en 1/500 a 1/1000 en la población general. En las mujeres de etnia judía en 1/50.

¿Debemos realizar cribado mamográfico a mujeres de 40 a 49 años?

Según la Guía Clínica Práctica que publica el Annals of internal medicine, sobre el cribado a mujeres de 40 a 49 años con mamografías, los clínicos deben INDIVIDUALIZAR los riesgos/beneficios de realizar el cribado, con los siguientes criterios:

Recomendación 1. En las mujeres de 40 a 49 años, los clínicos deben realizar periódicamente una valoración individualizada de los factores de riesgo para cáncer de mama para ayudar a la decisión de realizar el cribado. Recomiendan revalorar cada dos años.

Recomendación 2. Los clínicos deben informar a las mujeres de 40 a 49 años de los potenciales riesgos y beneficios de realizar el cribado con mamografía. Beneficios son una disminución de un 15 % de la mortalidad en esta edad. Riesgos son la irradiación o los falsos positivos, o el tratamiento de cánceres que no hubieran sido evidentes nunca en la vida de las mujeres.

Recomendación 3. Para las mujeres de 40 a 49 años los clínicos deben basar sus decisiones sobre el cribado con mamografías sobre los riesgos y beneficios, así como las preferencias de cada mujer y el perfil de riesgo de cáncer de mama.

Recomendación 4. Recomendamos que se haga más investigación sobre los riesgos y beneficios netos del cribado con mamografía en mujeres de 40 a 49 años. Ensayos clínicos de alta calidad.

El riesgo de cáncer de mama está influenciado por la edad, historia familiar de cáncer de mama, historia reproductiva con primer hijo por encima de los 30 años, edad de la menarquia antes de los 12 años, y historia de biopsia mamaria. El riesgo absoluto se puede calcular usando el calculador de la web del NIH basada en el modelo de Gail, actualizado el 31 de Enero de 2007. <http://bcra.nci.nih.gov/brc/q1.htm> Existen también recomendaciones anteriores de otras organizaciones, como la guía del 2006 de la American Cancer Society que recomienda mamografía desde los 40 años, o la guía del American College of Obstetricians and Gynecologists de 2003 que recomienda un cribado cada uno o dos años en mujeres de 40 a 49 años. Es de agradecer que la Asociación de médicos clínicos, introduciendo más matices en sus recomendaciones que los especialistas, tenga en cuenta los riesgos de las mamografías y el respeto a la opinión, los miedos y las creencias de las mujeres que se las han de realizar.

La resonancia magnética de mama como un adjunto de la mamografía.

Un reciente estudio publicado en Lancet (2007) ha demostrado que la resonancia magnética es más sensible que la mamografía en detectar carcinoma ductal in situ. De 2002 a 2006 investigadores alemanes han estudiado 167 mujeres que se habían realizado una mamografía y una resonancia magnética a la vez. La resonancia detectó el 92% de todos los carcinomas ductales in situ, mientras que la mamografía sólo detectó un 56%. La resonancia fue particularmente efectiva en detectar carcinoma ductal in situ de alto grado, que son los que pueden progresar a enfermedad invasiva. Esta alta sensibilidad ha obligado a la American Cancer Society a añadir la resonancia magnética en la guía de actuación actualizada en el 2006.

Recomendaciones de uso

Se recomienda un **cribado anual con RM (basado en la evidencia)**

en los siguientes casos:

- Mutación de BRCA.
- Parientes de primer grado portadores de BRCA.
- Riesgo aumentado durante la vida de 20-25% definidos por BRCAPRO u otros modelos que están basados en historia familiar.

Se recomienda un **cribado anual con RM (basado en la opinión de un consenso de expertos)** en los siguientes casos:

- Irradiación de tórax entre los 10 y 30 años de edad.
- Síndrome de Li-Fraumeni y en parientes de primer grado (mutaciones en el gene TP53).
- Síndromes de Bannayan-Riley-Ruvalcaba y de Cowden y en parientes de primer grado (mutaciones en el gen PTEN).

Por último, hay **evidencia insuficiente para recomendar o denegar RM** en los siguientes casos:

- Riesgo vital de 15-20% como se define por BRCAPRO o otros modelos que están basados en historia familiar.
- Carcinoma lobular in situ o hiperplasia lobular atípica.
- Hiperplasia ductal atípica.
- Mamas muy densas o heterogéneas por mamografía.
- Mujeres con historia personal de cáncer de mama, incluyendo carcinoma ductal in situ.

Recomendación en contra de realizar RM:

- Mujeres con menos de 15% de riesgo vital de cáncer de mama

Respecto al papel de las Resonancias Magnéticas, creo que es bueno que tengamos en cuenta su creciente sensibilidad y que detecta carcinomas in situ que pueden ser graves con una sensibilidad del 92%. El método no irradia y, además, no produce molestias ni dolor cuando se ha de efectuar. El costo podría disminuir con la aplicación masiva y con la aplicación en grupos de riesgo.

Sobre la vacunación de niñas y adolescentes con la vacuna del papiloma virus humano

Aquí me remito al resto de los textos de este dossier. Sólo quiero abundar en que nuestra propuesta debería ser recomendar una exploración más rigurosa de riesgo/beneficio de las actuaciones, y un enfoque más integral respecto a las medidas preventivas ginecológicas que se abordan con dinero público: basar las decisiones ponderadas en la mortalidad general, y en particular la debida al cáncer de mama y endometrio.

Proponemos consensuar el protocolo de las revisiones ginecológicas preventivas entre las distintas autonomías, con la inclusión de RM en los casos de riesgo de cáncer de mama. También proponemos la vuelta a las revisiones ginecológicas anuales a las chicas jóvenes, que se habían espaciado a tres años, para detectar grupos de riesgo de cáncer de cerviz en función de las prácticas sexuales de riesgo, y la valoración, al elaborar la historia clínica en la consulta de atención primaria, del ciclo menstrual como indicador del estado de salud, así como de los trastornos menstruales para la detección de factores de riesgo para el cáncer hormonodependiente.

Bibliografía:

- * Qaseem A, Snow V, Sherif K, Aronson M, Weiss KB, Owens DK; Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians. Screening mammography for women 40 to 49 years of age: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2007 Apr 3;146(7):511-5.
- * Kuhl CK, Schradang S, Bieling HB, Wardelmann E, Leutner CC, Koenig R, Kuhn W, Schild HH. MRI for diagnosis of pure ductal carcinoma in situ: a prospective observational study. *Lancet.* 2007 Aug 11;370(9586):485-92.
- * Saslow D, Boetes C, Burke W, Harms S, Leach MO, Lehman CD, Morris E, Pisano E, Schnall M, Sener S, Smith RA, Warner E, Yaffe M, Andrews KS, Russell CA; American Cancer Society Breast Cancer Advisory Group. American Cancer Society guidelines for breast screening with MRI as an adjunct to mammography. *CA Cancer J Clin.* 2007 Mar-Apr;57(2):75-89. Erratum in: *CA Cancer J Clin.* 2007 May-Jun;57(3):185.

Patarroyo investiga una vacuna que proteja completamente contra el Virus del Papiloma

9/10/07. El científico Manuel Elkin Patarroyo investiga la obtención de una vacuna que proteja en su totalidad contra el Virus del Papiloma Humano (VPH). Patarroyo, que en 1994 obtuvo el Premio Príncipe de Asturias de Investigación Científica y Técnica, explicó que se han desarrollado dos vacunas contra este virus, que "están dirigidas contra dos cepas, pero en esencia son quince". Su investigación, según apuntó, "está dirigida para las quince" cepas del virus, con lo que se prevendría en su totalidad el contagio del VPH, frente a las vacunas actuales que "tienen sus limitaciones" porque protegen "entre el 40 y el 60 % de los casos". "Las multinacionales farmacéuticas en esencia han montado su tinglado alrededor de esto pero yo no quiero entrar en una polémica que no me conduce a nada", explicó el investigador... "hay una competencia brutal y se me echarían a la yugular".

El triunfo de Merck en España: La vacuna Gardasil, incluida en el calendario vacunal de las niñas

10/10/07. El Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ha ratificado por unanimidad el acuerdo alcanzado en la Comisión de Salud Pública el pasado 26 de septiembre, que recomienda la inclusión de la vacuna contra el virus del papiloma humano en el calendario vacunal de las niñas. La vacuna se administrará a las niñas de entre 11 y 14 años de edad, en una única cohorte que decidirá la Comisión de Salud Pública. La vacunación se implantará antes de 2010, según las necesidades, prioridades y logística que establezca cada Comunidad Autónoma.

Médicos de familia critican la vacuna contra el cáncer de útero

10/10/07. El Periódico de Aragón. La Sociedad Aragonesa de Medicina Familiar y Comunitaria (Samfyc) ha calificado de "innecesaria y precipitada" la decisión de incluir la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer de útero en el calendario vacunal para niñas entre 11 y 14 años, tal como aprobó el miércoles el Consejo Interterritorial de Salud. La medida acordada por este organismo nacional ha sido recibida con escepticismo por este colectivo científico, que en España aglutina a 19.000 médicos de familia y a 700 en la comunidad autónoma aragonesa. Critican que en la decisión hayan pesado más los criterios políticos que los científicos. "El cáncer de cérvix o de cuello uterino tiene una escasa incidencia en nuestro país, de 8 casos por 100.000 mujeres, por lo que consideramos que es innecesaria, además su utilización no es curativa ni exime de las medidas preventivas habituales como la citología vaginal o el uso del preservativo en las relaciones de riesgo. Pero sobre todo porque no existen estudios científicos concluyentes sobre el coste-efectividad, así como sobre los efectos secundarios o la horquilla de edad precisa en la que que demuestre su eficacia", señaló Javier Perfecto, vicepresidente de Relaciones Institucionales de Samfyc. "Creemos que ha habido precipitación política, más si cabe por el hecho de que hace unos meses desde el propio Ministerio de Sanidad se aseguró que no adoptaría ninguna decisión hasta que no estuvieran finalizados los estudios pertinentes. Entonces no entendemos qué es lo que ha pasado", subrayó. Recordó que se desconoce la efectividad de la vacuna en niñas de entre 11 y 14 años, su efectividad real, la duración de la inmunidad y la necesidad de dosis de recuerdo. Por ello, Samfyc pide que

esta vacuna se posponga a la espera de estudios científicos concluyentes. "Es una vacuna de reciente aparición y entendemos que los laboratorios intentan comercializarla como sea".

Defensa de la Sanidad Pública cuestiona la vacunación contra el vph en este momento

8/10/07. SERVIMEDIA. La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (Fadsp) cuestionó hoy la pertinencia de la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) de todas las niñas de entre 11 y 14 años aprobada recientemente en España, por considerar que en este país las cifras de mortalidad por este tipo de tumor son muy bajas y porque la vacuna no está todavía suficientemente probada. La Fadsp explicó en un comunicado que a la hora de determinar la inclusión de un tipo de inmunización en el calendario vacunal se tienen en cuenta varios criterios, entre ellos, que la enfermedad a prevenir constituya un problema de salud pública, algo que no ocurre en este caso, pues las cifras de fallecidas por cáncer de útero en España "están entre las más bajas del mundo". Otro aspecto que se analiza a la hora de incluir o no una nueva vacuna en el calendario es el de su eficacia y seguridad, "algo tampoco probado al cien por cien en el caso de la inmunización contra el VPH". "Si en España no hay epidemia de cáncer de cuello de útero, si no parece tan claro el beneficio que va a reportar la vacunación, al menos en el momento actual del conocimiento, si es posible que en unos años se tenga información más contundente que nos ayude a decidir, ¿por qué no demorar la decisión y aprovechar para mejorar nuestros resultados haciendo un auténtico programa de cribado en nuestra población?", finalizó la Fadsp.

El DSQ del CAPS, formado por un equipo profesional multidisciplinar, es un programa dedicado a la investigación, divulgación, formación y promoción de la salud de las mujeres.

IX SEMINARIO DE LA RED-CAPS 2007

Barcelona 26 De Octubre



MESA1: LA COLONIZACIÓN DEL CUERPO DE LAS MUJERES: LAS NUEVAS OFENSIVAS

El objetivo de esta mesa no es tanto consensuar el rechazo a la expansión constante de la medicalización de la vida de las mujeres, en el que seguro que todas estamos bastante de acuerdo, como de precisar las consecuencias para la salud de cada una de las nuevas propuestas de intervención con que nos está abrumando la industria últimamente.

MESA 2: Sufrimiento emocional y salud mental de las mujeres

El objetivo de esta mesa es poner al alcance de las participantes que no son profesionales de la psicología elementos de la dimensión no biológica de las mujeres, es decir, de los rasgos que se pueden considerar característicos de la construcción subjetiva de la feminidad y sus consecuencias para la salud psíquica y física de las mujeres, y reflexionar juntas sobre la mejor manera de abordar las demandas que las mujeres hacen a la sanidad

CURSO DE PATOLOGÍA TIROIDEA EN MUJERES

Barcelona 9-10 Nov. 2007

Todas las enfermedades endocrinas presentan una alta prevalencia entre el sexo femenino, pero la glándula tiroidea es la que presenta alteraciones con más frecuencia, sobretodo las relacionadas con patología autoinmune. Desde el clásico estudio Whickham,

en que se publicó una prevalencia de hipotiroidismo de 3,5% para hombres y 17,5% para mujeres, y a medida que han mejorado los métodos de diagnóstico y la sensibilidad de las determinaciones hormonales se aprecia un incremento de la prevalencia del hipotiroidismo clínico y subclínico en la población femenina. Sin embargo, aunque sean conocidos los síntomas del hipotiroidismo franco y su mejoría con el tratamiento con levotiroxina sódica, existe controversia en la eficacia e inocuidad del tratamiento del hipotiroidismo subclínico altamente prevalente en la población femenina (18 a 22% según estudios).



Además, algunos de los procesos autoinmunes interfieren con la función cerebral, produciendo síndromes depresivos por deficiencia de neurotransmisores. ¿Cuántas mujeres cansadas y tristes, tratadas con antidepresivos padecen en realidad una hipofunción tiroidea invisible y no tratada?

TODAS A MÉXICO POR TRABAJOS DIGNOS Y SALUDABLES PARA LAS MUJERES.

27-30 Oct. de 2008



El V congreso Mujeres, Trabajo y Salud (que iniciamos en Barcelona en 1996) va a realizarse en la ciudad de Zacatecas, México.

El congreso se organizará en función de los aspectos del trabajo que determinan el proceso salud – enfermedad de las mujeres y de la respuesta social organizada frente a éstos. Los grandes ejes serán:

Mercado de trabajo,
Trabajos no remunerados.
Organización del trabajo.
Condiciones y medio ambiente del trabajo..

Las formas de participación son las siguientes

1. Trabajos libres para presentación oral en formato de mesa.
2. Testimonios. Estos tendrán cabida en las mesas organizadas.
3. Foros de organización. Su objetivo es generar contactos entre grupos con intereses comunes.
4. Conferencias magistrales (plenarias)
5. Trabajos libres para presentación de carteles en "arenas". Este formato consiste en la recepción previa de los resúmenes por todos los participantes de los temas que agrupa cada arena, el objetivo es que durante la exhibición de los carteles se genere discusión sobre el tema que congrega.
6. Vídeos.
7. Exposiciones. Eventos culturales y artísticos que serán abiertos al público en general.

Los resúmenes serán recibidos a partir de la publicación de la convocatoria en extenso el **15 de octubre de 2007 y hasta el 15 de marzo de 2008**. Se comunicarán las respuestas entre el 15 de mayo y el 15 de julio.

Más Información:

V Congreso Mujeres, Trabajo y Salud México 2008
2008wwh@gmail.com

www.caps.pangea.org
redcaps@pangea.org

periodismo responsable y sensible



De la mano de una amiga cooperante de nuestra red, una "lolamora" se coló en nuestra sede y, hablando de salud y cooperación, nos informó sobre este interesante proyecto de información-cooperación en el que participa. Su página web nos cuenta mejor que nadie quienes son:

LolaMora nació en el Sur; no podía ser de otro modo. Tras un periplo por el Rif -Norte de Marruecos- y muchos testimonios recogidos de viejos y de nuevos emigrantes... Llegamos a la Otra Orilla del Mediterráneo, donde surgió el nombre para esta productora multimedia.

Las mujeres que formamos la productora LolaMora, trabajamos para producir una información-comunicación que muestre la diversidad y la complejidad de los hechos y fenómenos que nos rodean; para hacer un periodismo responsable y sensible.

Para generar las ideas y propiciar el intercambio de experiencias y conocimiento, realizamos: investigaciones, producciones de radio, prensa y video, campañas educativas y talleres de formación para periodistas y organizaciones no gubernamentales. Al calor de las producciones multimedia, buscamos que los temas no queden en el aire sino que generen opinión pública y puentes útiles entre la sociedad civil organizada y los medios de comunicación. LolaMora quiere crear imágenes de y con Los Otros; crisar estereotipos y transmitir realidades desde-otros-ángulos-otras posiciones. Cualquier tema está sujeto a su disección; cualquier concepto a su deconstrucción.

Proponemos la construcción de imágenes a partir de un trabajo entre medios audiovisuales del norte y del sur, del sur y del sur... Para transmitir las realidades contrarias.

LolaMora Producciones forma parte de la Fundación holandesa Worldcom, dedicada a la comunicación para el desarrollo.

Pero Lola Mora ya existía en el siglo XIX; una Lola Mora también dividida entre dos orillas, esta vez atlánticas. Mujer transgresora, se enfrentó a las convenciones de la época. Fue la primera escultora sudamericana; pionera, inventora, investigadora y urbanista; escritora y precursora de la cinematografía y la TV. Lola Mora vivió en Italia hasta que decidió regresar a su Argentina natal, donde la sensualidad de sus figuras y su bisexualidad le crearon numerosos enemigos.

Proyectos realizados-ideas para el futuro

Como parte de la Fundación Worldcom, participamos en los proyectos de comunicación para el desarrollo en África y América Latina; así como en la realización de investigaciones y reportajes de radio y fotografía.

Entre las producciones realizadas por las periodistas de LolaMora Producciones, destacan dos series de radio en español, realizadas con Radio Nederland Wereldomroep.

-Palestinos e Israelíes: dos pueblos y una tierra. Una serie de 4 reportajes que ganó la medalla de oro en el New York Festivals en 2004 y mención de honor en la Bienal de Radio de México, 2004.

-Emigrar a Toda Costa, una serie de 8 reportajes dedicada a la migración de magrebíes y subsaharianos a Europa a través del paso del Estrecho de Gibraltar, mención de honor en el New York Festivals en 2005.

En la actualidad, trabajamos en una campaña multimedia (radio, video y fotografía) sobre la violencia sexual contra las mujeres -especialmente utilizada como arma de guerra- y el papel de la Corte Penal Internacional en esta cuestión. Se trata de una campaña de sensibilización y educación en torno a la justicia de género y la justicia universal. Con el lanzamiento público e internacional de la campaña, iniciaremos debates en radios locales y entre redes de emisoras de América Latina-África-Europa; así como talleres de formación para periodistas y organizaciones de la sociedad civil sobre el papel de la CPI y los cambios que deben producirse en las leyes nacionales de los países.

Este proyecto es una idea llevada a cabo por Humanas Chile y LolaMora Producciones.

También formamos parte de la red Almazara de periodistas y organizaciones de la sociedad civil en el área mediterránea interesados en ejercer un periodismo de calidad, de investigación y de frontera con especial hincapié en el fenómeno de las migraciones internacionales.

LOLAMORA
PRODUCCIONES

<http://www.lolamora.net>



EL OFICIO DE SER MADRE. LA CONSTRUCCIÓN DE LA MATERNIDAD
Gemma Cànovas Sau
 Grafein Ediciones, Barcelona 2007

"...generalmente a las madres se las trata de aleccionar, culpabilizar, se las venera o se las degrada, haciendo tramposa pedagogía para que cumplan como madres de acuerdo con unos esquemas preestablecidos sin cuestionarse apenas el sujeto mujer que late dentro de cada una de ellas, de nosotras".

"La identidad femenina no se define ni agota exclusivamente por el hecho de ser madre, sabida es la consecuencia generalmente negativa de la obsesión por un embarazo que si llega a producirse no puede, más allá de la gran importancia de este acontecimiento proporcionar una respuesta absoluta a la pregunta latente: ¿qué es una mujer?"

"Este libro va dirigido especialmente a todas las mujeres que reflexionan y se hacen preguntas respecto su maternidad –potencial o efectiva– o sobre la relación con su madre ya que todas son hijas; también a todos los hombres a los que les pueda interesar saber algo más sobre sus madres o las madres de sus hijos, y evidentemente a las/los profesionales que se hallan implicados de algún modo por su trabajo".
 (de la introducción de la autora)



HILANDO FINO
Mª Jesús Balbas, Rosa Bautista, Mabel Cañada, María Fuentes, Malka González, Ana Martínez, Mª Luisa Pont, Consuelo Ruiz Vélez, Mª Pau Trayne
 Icaria, col. Milenrama 22, Barcelona 2007

"Hilando fino es un libro calidoscópico que integra en un tronco común la salud y las mujeres, desde múltiples ámbitos de la realidad social y cultural. Esta obra colectiva es un espacio al encuentro entre mujeres, también entre profesionales, desde los cuatro puntos cardinales. Hilando fino recoge la trayectoria vital, profesional y de género de las mujeres del siglo XX en ámbitos tan diversos como la política, la salud, la religión o los medios de comunicación, en un sutil y profundo entramado donde se tejen primorosamente la vida de las mujeres, el pensamiento, las experiencias, lo público y lo privado, lo cotidiano y lo trascendente... Para todas, el sentido último es la propia vida. Y en ella, las personas. Su cuidado. Su desarrollo. Su transformación, desde el conocimiento, la experiencia y el amor". (de la contraportada)

Nombre y Apellidos.....
 Profesión
 Asociación
 Dirección
 Ciudad..... C.P.....
 Tl./Fax..... E-mail
 Fecha de suscripción

SUSCRIPCIÓN ANUAL (tres números) 11, 25 €
 FORMA DE PAGO DE LA SUSCRIPCIÓN: Domiciliación bancaria a nombre de CAPS

Titular.....
 Banco
 Código entidad..... Código oficina..... DG..... N°CC

MYS MUJERES Y SALUD

solicitud de suscripción a la revista

EJEMPLARES SUELTOS:

Sencillos 4 €
 Dobles 8 €

La renovación anual será automática si no hay aviso previo.

CAPS
 C/ París, 150, Barcelona 08036
 Tel./Fax 93 322 65 54
 mys@pangea.org

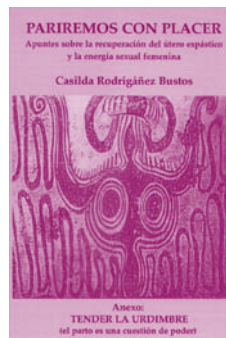


MADRES, NO MUJERES. Embarazo adolescente.

LAURA KAIT

Ediciones del Serbal. Colección Antígona 19. 2007

“No es necesario tener dieciséis años para ser madre y no ser mujer. También las hay de treinta y cinco, veintiocho o cuarenta y dos, se trata de un problema lógico y no cronológico, si bien es más sencillo reconocerlo en las adolescentes, dado que una mamá de 16 años es más bien una niña que mujer. Este texto espera poder mostrar el trabajo con el deseo o la falta de deseo en menores embarazadas y aportar cierta reflexión teórica a la diferencia que se impone entre ser madre y tener un hijo y la falta de coincidencia que, algunas veces se juega, entre ser mujer y la maternidad. Lo hace la autora des de su experiencia clínica... Un recorrido donde el alivio del sufrimiento no tiene que ver con aspirinas”. (de la contraportada)



PAREMOS CON PLACER. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina.*

CASILDA RODRIGÁNEZ BUSTOS

Ediciones Criminales. Murcia 2007

“Reich dijo que el mundo no cambiaría hasta que el bienestar de la criatura recién nacida no prevaleciera sobre cualquier otra consideración. Y en otro momento dijo también que mientras los úteros estuvieran contraídos y fueran espásticos, no podrían nacer y criarse seres humanos libres. En este libro se aborda la recuperación del útero espástico, cruzando la opinión de Reich con otras experiencias e investigaciones provenientes de otros campos del conocimiento. Concretamente, la autora recoge algunos elementos desperdigados de la sexología científica del siglo pasado que abundan en la hipótesis de que el útero es el centro orgánico de estancamiento de la libido femenina; estancamiento que está directamente relacionado con el parto y el nacimiento violentos, así como con el posterior desarrollo de la crianza y socialización en el acorazamiento psicossomático”.

(de la contraportada)

* (Ver también de la misma autora: *La represión del deseo materno y la génesis del estado de sumisión inconsciente. Virus Editorial. Barcelona 2005*)

MYS MUJERES Y SALUD

una revista autónoma y multidisciplinar sobre la salud integral de las mujeres, elaborada desde la conciencia de género.

una vía de comunicación interactiva abierta a las lectoras, grupos, asociaciones, activistas, profesionales y redes nacionales e internacionales.

una publicación dirigida a investigar y mejorar la salud, la educación sanitaria y la calidad de vida de las lectoras.

solicitud de suscripción a La revista

Números publicados:

- 1 NUESTRA MIRADA. Mujeres y hombres: Haciendo visibles las diferencias.
- 2 DE PLOMO Y PLUMAS. Salud laboral para todas en el 2000.
- 3 HERMOSAMENTE MADURAS. Vivir más, vivir mejor.
- 4 DESCARGAS DE ALTO VOLTAJE. Las adolescentes
- 5 LAS FOTOS QUE NO VIMOS. Autoconocimiento: la mejor ayuda para la vida.
- 6 VIOLENCIA DOMÉSTICA O VIOLENCIA DE GÉNERO. Un reto social y sanitario.
- 7 MATAR MOSCAS A CAÑONAZOS. Plaguicidas de uso ambiental,
- 8 OTRO MUNDO ES POSIBLE.
- 9 POR UN PUÑADO DE OVULOS. Revolución de la reproducción.
- 10 “DOCTORA ME DUELE TODO” Fibromialgia
- 11-12 A VUELTAS CON LA MATERNIDAD.
- 13-14 LA SALUD DE LAS MUJERES EN TIEMPOS DE GUERRA.
- 15 SER MUJER NO ES UNA ENFERMEDAD. La medicalización
- 16 COMO TRATAR BIEN EL MALESTAR DE LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA
- 17 LA MALA SALUD LABORAL DE LAS MUJERES
- 18 MONOGRÁFICO: CÁNCER DE MAMA
- 19 MONOGRÁFICO: PARA HABLAR DE SEXUALIDAD NO NECESITAMOS EXPERTAS
- 20 VEINTE NÚMEROS MEJORANDO LA SALUD DE LAS MUJERES
- 21 LAS MUÑECAS NO TIENEN LA REGLA PERO LAS MUJERES SÍ

LOGROS Y RETOS DE MUJERES DE NEGRO

Mujeres de Negro es una red internacional de mujeres feministas y antimilitaristas que trabajan por la paz oponiéndose a las guerras, denunciando la violencia específica contra las mujeres y buscando la participación femenina en la resolución de conflictos y en las negociaciones de paz. La red internacional de Mujeres de Negro ha celebrado su décimo cuarto encuentro en Valencia, del 16 al 20 de agosto. Casi 400 mujeres de países en conflicto declarado y otras no tan declarado hemos aprovechado el encuentro para conocernos mejor, para escucharnos, para estrechar lazos y confianzas, para debatir y compartir experiencias en talleres, plenarios y pasillos, hablando de paz, de violencia, de guerras que no queremos y de acciones que estamos sosteniendo... El eje de estas jornadas ha sido **Cambiar las estructuras modificando las relaciones que la sostienen y refuerzan. Relaciones entre mujeres como motor de cambio social.**

Al final, se presentó un ilustrativo resumen de Logros y Retos.



FOTO: SOFIA SEGURA

LOGROS: ¿Qué hemos conseguido?

- Encontrarnos con otras mujeres.
- Hacernos fuertes gracias a las alianzas entre mujeres.
- Darnos fuerza y energía, y ayudarnos a mantener las convicciones. Superar unidas las desesperanzas.
- Crecer en las diferencias. Sentir a otras mujeres.
- Ayudar a mantener el contacto entre las familias en tiempos de guerra. El crecimiento y el reconocimiento de la red.
- Hacer de lo personal algo político. Fomentar la ternura.
- Hacernos fuertes resistiendo a la violencia.
- Trabajar en redes campañas contra la violencia.
- Convertirnos en mensajeras de las mujeres a las que se le quita la voz. Romper fronteras con nuestras redes.
- Manifestarnos en contra de las políticas racistas y discriminatorias.
- Protestar contra la violencia ejercida desde el fundamentalismo.
- Trabajar problemas locales, nacionales e internacionales.
- Aprender de la estética y estrategias de las demás mujeres.
- Haber construido toda esta red internacional de Mujeres de Negro a partir de un grupo pequeño de 7 mujeres de Israel
- Construir relaciones permanentes entre mujeres de países agresores y agredidos.
- Ser cuerpos civiles de paz con nuestros cuerpos vestidos de negro

RETOS: Horizontes de trabajo a alcanzar

- Reflexionar sobre el nuevo poder feminista, poder que enriquezca, anime, respete la diferencia con cuidado y pasión.
- Observar lo que nos rodea. A veces es más fácil para algunos grupos la lucha en conflictos lejanos que luchar en las propias contradicciones culturales.
- No tener miedo a los desacuerdos y defenderlos sin agresividad.
- Encontrar puntos comunes desde donde partir reconociendo la diversidad cultural y los estereotipos existentes.
- Ser capaces de tender/construir redes con mujeres de base para evitar un posible elitismo. Focalizar nuestra energía en lugar de intentar abarcar demasiado.
- Llegar a movernos por empatía y reconocer que hemos de desintoxicarnos de políticas de poder patriarcal que entorpecen nuestras relaciones.
- Conseguir organizarnos mejor, somos muchas y muy independientes.
- Crecer en nuestras diferencias y en la confianza entre mujeres.
- Participar en otras redes diferentes. Conocer cómo miran las cosas otros grupos. Sentir a otras mujeres. Conocer a otros grupos y trabajar en otros lugares en conflicto.
- Crear una conciencia de defensa no-violenta que tenga raíces en la sociedad civil y que incluya la visión de las mujeres, sus capacidades, sus planteamientos y sus prácticas.

LA VITAMINA D: UNA ALIADA PARA PREVENIR Y PROMOCIONAR NUESTRA SALUD



La Vitamina D es un potencial anticancerígeno de los tumores de los epitelios (mama, colon, próstata, etc), dado que colabora en la diferenciación celular y en la respuesta inmunológica del organismo. Este estudio epidemiológico lo demuestra.

Siguiendo la explotación de los datos del Women's Health Study, se ha podido comprobar que la ingesta alta de calcio y vitamina D se asocia con un riesgo menor de desarrollar cáncer de mama en mujeres antes de la menopausia. En estudios anteriores (Garlan y Garlan 1991) ya habían demostrado una mayor incidencia de cáncer de mama en Chicago que en California (por la menor exposición solar).

La deficiencia de vitamina D afecta a más de un billón de personas en el mundo. La exposición al sol recomendada para aumentar los niveles es de 15 minutos diarios con medio cuerpo descubierto. Lin J, Manson JE, Lee IM, Cook NR, Buring JE, Zhang SM. Intakes of calcium and vitamin d and breast cancer risk in women. Arch Intern Med. 2007 May 28;167(10):1050-9.

GUIA PARA IDENTIFICAR SÍNTOMAS DE CÁNCER DE OVARIO

La American cancer Society junto con The Society Gynecologic Oncologists y The Gynecologic Cancer Foundation, han publicado unas recomendaciones para la detección del cáncer de ovario. El cáncer de ovario ha sido denominado el "asesino silencioso", porque los

síntomas no se podían detectar hasta que las posibilidades de curación eran escasas. Sin embargo recientes estudios han permitido detectar unos síntomas que son más frecuentes que ocurran entre mujeres con cáncer de ovario que entre la población en general. Estos síntomas son:

- Hinchazón (Bloating).
- Dolor pélvico o abdominal.
- Pérdida de apetito o sentirse llena rápidamente.
- Síntomas urinarios (más frecuencia y micción imperiosa).



Las mujeres que presenten estos síntomas diariamente durante un período de unas semanas deben consultar con su médico, y preferiblemente su ginecólogo/a. Un diagnóstico precoz puede mejorar mucho el pronóstico de este cáncer que tiene tan alta mortalidad. Otros síntomas como cansancio, indigestión, dolor de espalda, dolor en las relaciones sexuales, estreñimiento y menstruaciones irregulares, descritos en mujeres con cáncer de ovario, no sirven para identificarlo porque se encuentran con igual frecuencia entre las mujeres de la población general que no lo tienen.

-No authors listed]. An experiment in earlier detection of ovarian cancer. Lancet. 2007 Jun 23;369(9579):2051
-Denise Grady. Symptoms Found for Early Check on Ovary Cancer. The New York Times. June 13, 2007

LA MODA DEL «REJUVENECIMIENTO» VAGINAL INQUIETA A LOS GINECÓLOGOS

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia se manifiesta en contra del marketing de este tipo de operaciones

estéticas y advierte sobre sus potenciales complicaciones.

Vaginoplastia de diseño, rejuvenecimiento vaginal, aumento del punto G, 'recuperar' la virginidad... La última moda en cirugía estética ha desatado la alarma de los ginecólogos estadounidenses. «Estas operaciones no tienen una indicación médica y su eficacia y seguridad no han sido documentadas», asegura un comité del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, sus siglas en inglés). En un artículo publicado en su órgano de expresión oficial, la revista 'Obstetrics & Gynecology', recomienda «informar a las mujeres sobre la falta de datos respecto a la eficacia de estas intervenciones y sus potenciales complicaciones, incluyendo infecciones, sensibilidad alterada, dolor durante el coito, adherencias y cicatrices». Este documento establece los casos en que está indicada la cirugía de labios menores: reconstrucción post ablación, y casos de hipertrofia, pero respecto a las demás operaciones son tajantes: no hay indicación posible y sus consecuencias son imprevisibles. La Sociedad Española de Cirugía Plástica Estética y Reparadora (SECPRE) está en desacuerdo con este planteamiento al que considera de excesivamente conservador.



Committee on Gynecologic Practice, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 378: Vaginal "rejuvenation" and cosmetic vaginal procedures. Obstet Gynecol. 2007 Sep;110(3):737-8.

Subvencionado por:



Generalitat de Catalunya
Institut Català de les Dones

A través de:

