

ENTREVISTA

MARÍA BLASCO
GAMARRA

AFECTADA DE ATAXIA
DE FRIEDREICH

Una mujer
fascinante

GÉNERO Y ATENCIÓN SANITARIA

sexismo en
medicina

EMBARAZO Y PARTO

Guía de tóxicos
antes y después
del nacimiento

DEPRESIÓN POST PARTO

problema de
salud o nicho de
mercado?

SALUD SEXUAL ADOLESCENTES

derechos,
feminismo
y modelo
biográfico

DOSSIER

10 AÑOS DE VACUNA
DEL PAPILOMA

con ella
llegó el
escándalo



staff

CONSEJO DE REDACCIÓN

Leonor Taboada Spinardi,
Directora MyS

Carme Valls Llobet,
Directora del Programa Mujer Salud
y Calidad de Vida

Montserrat Cervera Rodon,
Margarita López Carrillo,
Redacción

Núria Agell Callis,
Secretaria de redacción

COLABORADORAS HABITUALES

Enriqueta Barranco Castillo

Malen Cirerol Goliard

Rita Gavarró Buscà

Pilar Parra Barrachina

Ma Elena Cuyàs Robinson

Esperança Aguilà Ducet

Carmen Mosquera Terreiros

Corina Hourcade Bellocq

Gemma Cànovas Sau

Regina Bayo-Borrás Falcón

Ma José Hernandez Ortiz

Jimena Jiménez Madrazo

Ibone Olza Fernández

COMITÉ ASESOR

Charo Altable Vicario

Lucía Artazcoz Lazcano

Vita Arrufat Gallén

Consuelo Català Pérez

Emilce Dio Bleichmar

Mari Luz Esteban Gallarza

Anna Freixas Farré

María Fuentes Caballero

Asunción González de Chávez
Fernández

Neus Moreno Saenz

Isabel Matamala Vivaldi

Judy Norsigian

Carmen Sanchez-Contador Escudero

Fina Sanz

Victoria Sau Sánchez †

Verena Stolcke

EDICIÓN

CAPS (Centro de Análisis
y Programas Sanitarios)
Rambla Santa Mónica 10.
Barcelona 08002
Tl. 93-3226554
e-mail: caps@pangea.org
Web: <http://mys.matriz.net>

Diseño y maquetación:
www.labodoni.com
Impresión: amadip-esment.
Centre especial de treball
Depósito legal: B 16354-2017

EDITORIAL. La vacuna del papiloma puede causar daños graves Alicia Capilla Lanagran	3
MYS MENSAJES: carta de una estudiante de 5º de medicina.....	4
ENREDHADAS. Puñaladas de La vida. Leonor Taboada Spinardi	5
ENTREVISTA a María Blasco Gamarra.. Leonor Taboada Spinardi	6
visión de una médica residente. Ana Sánchez Hernández	11
derechos, feminismo y modelo biográfico. Georgina Picas-Bernadell y Jordi Baroja-Benlliure	14
sexismo en medicina. Lucía Artazcoz Lezcano	17
COSAS QUE NOS PASAN. COSAS de abueLa. Margarita López Carrillo	19
La depresión postparto. Gabriela Bianco.....	20
mys bajo el foco. Laia Lleó Godall	22
guía de tóxicos y embarazo. Laura y Anna Espart Herrero	24
dieta cetox. Pilar Parra Barrachina.....	26
DOSSIER	
PRESENTACIÓN. con eLLa lleGó el escándalo. Margarita López Carrillo	28
cochrane, ¿un barco que se hunde? Maryanne Demasi	29
ciencia y vacunas. Juan Gervas	32
prevención de cáncer de cérvix. Carme Valls Llobet	34
preguntas frecuentes. Enriqueta Barranco.....	36
autoritarismo y demagogía contra deLiberación ciudadana. Abel Novoa ...	37
La ética de Las vacunaciones contra el VPH. Carlos Álvarez-Dardet	40
aumento de cáncer de cérvix y vacunación contra el VPH. Carmen Mosquera et al.	43
carta de SANEVAX a La FDA.....	46
mys Libros.....	47
MINIDOSIS.....	48

mys publicados

- | | | | |
|--|--|---|--|
| 1 NUESTRA MIRADA. Mujeres y hombres: Haciendo visibles las diferencias. | 10 "DOCTORA, ME DUELE TODO". Fibromialgia. | 21 LAS MUÑECAS no tienen la regla, pero las mujeres sí. | 36 LAS VOCES QUE HAY QUE OIR |
| 2 DE PLOMO Y PLUMAS. Salud laboral para todas en el 2000. | 11-12 A VUELTAS CON LA MATERNIDAD. | 22 DOSSIER VACUNA PAPILOMA: ¿PROTECCIÓN DE LAS NIÑAS O DE LA INDUSTRIA? | 37 MOVIMIENTO DE MUJERES. LA RECETA QUE NO FALLA |
| 3 HERMOSAMENTE MADURAS. Vivir más, vivir mejor. | 13-14 LA SALUD DE LAS MUJERES EN TIEMPOS DE GUERRA. | 23 ¡QUÉ VIVA EL CORAZÓN! | 38 HACIA EL FIN DE LAS VIOLENCIAS MACHISTAS |
| 4 DESCARGAS DE ALTO VOLTAJE. Las adolescentes. | 15 SER MUJER NO ES UNA ENFERMEDAD. La medicalización. | 24 TU CUERPO, PERSONAL E INTRANSFERIBLE. | 39 CUANDO LA VIDA SE ACABA |
| 5 LAS FOTOS QUE NO VIMOS. Autoconocimiento: la mejor ayuda para la vida. | 16 COMO TRATAR BIEN EL MALESTAR DE LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA. | 25 DOSSIER ANTICONCEPCIÓN | 40 20 AÑOS Y 40 NÚMEROS TRABAJANDO POR LA SALUD DE LAS MUJERES |
| 6 VIOLENCIA DOMÉSTICA O VIOLENCIA DE GÉNERO. Un reto social y sanitario. | 17 LA MALA SALUD LABORAL DE LAS MUJERES. | 26 LA INQUIETUD DE LAS MÉDICAS | 41 ¿EDADISMO? NO, GRACIAS |
| 7 MATAR MOSCAS A CAÑO-NAZOS. Plaguicidas de uso ambiental. | 18 MONOGRÁFICO: CÁNCER DE MAMA. | 27-28 PARA QUIÉN EL BENEFICIO | 42 CÁNCER DE MAMA Y MÁS |
| 8 OTRO MUNDO ES POSIBLE | 19 MONOGRÁFICO: PARA HABLAR DE SEXUALIDAD NO NECESITAMOS EXPERTAS. | 29 EL TRANSFONDO DEL MALESTAR | 43 PATRIARCADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA |
| 9 POR UN PUÑADO DE ÓVULOS. Revolución de la reproducción. | 20 VEINTE NÚMEROS MEJORANDO LA SALUD DE LAS MUJERES. | 30 LA CRISIS DE LOS CUIDADOS | 44 LAS MIL CARAS DEL DOLOR |
| | | 31 LA TIRANÍA DE LA BELLEZA | 45 LAS REGLAS DE LA CUARTA OLA FEMINISTA |
| | | 32 LOS RIESGOS DEL MAL AMBIENTE | |
| | | 33 SALVEMOS LA SANIDAD PÚBLICA | |
| | | 34-35 AUTOCONOCIMIENTO: VIAJE AL FONDO DE TI MISMA | |



Alicia Capilla Lanagrán
 Presidenta de la AAVP
<https://asociacion.aavp.es/>

La vacuna del papiloma puede causar daños graves ¿Por qué se oculta?

Desde hace unos meses se está produciendo una campaña de descrédito en las redes y en algunos medios de comunicación contra nuestra Asociación de Afectadas por la Vacuna del Papiloma Humano (AAVP). Muy sutilmente se dan respuestas oficialistas y muy sesgadas a nuestras reivindicaciones, para que el lector sobreentienda que lo que defendemos carece de rigor científico, que todo es un bulo y que no tiene credibilidad.

Desgraciadamente no se trata de bulos, hablamos de realidades. Hablamos de que hay miles de jóvenes en todo el mundo y en nuestro país sufriendo efectos adversos muy similares; de que hay padres que han perdido a sus hijas; mujeres jóvenes que están postradas en sillas de ruedas o con morfina por los dolores que sufren y que nadie sabe cómo tratar. Y en lugar de investigar cómo paliar estos daños, los responsables se dedican a hacer publicidad enmascarada, desmintiendo cualquier efecto adverso, incluso aunque aparezca recogido en la ficha técnica de la vacuna.

A las afectadas se nos niega credibilidad ante los argumentos "oficialistas" o de "expertos" (por el llamado "halo del experto", que convierte todo lo que dice en cierto per se, aunque no sea verdaderamente experto en la materia).

Afortunadamente, no todos los expertos de nuestro país piensan igual, y va proliferando literatura científica que reclama realizar estudios más profundos en relación a enfermedades autoinmunes, neurológicas, POTS, CRPS o fallo ovárico precoz, entre otras, que padecen las afectadas.

Cuando los "expertos" o autoridades sanitarias mencionan que los beneficios superan con creces a los riesgos, se deja claro que existen riesgos, pero paradójicamente cuando éstos se producen ni se admiten ni se estudian. Como mucho se reconoce la anafilaxia o los desmayos. Pero sabemos de muchos casos desgraciadamente mucho más graves que eso.

como colectivo nos preocupa mucho:

El alto porcentaje de notificaciones graves registradas en la base de datos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), ya que con los informes disponibles representan alrededor de un 40% del total.

(Según la AEMPS, una notificación se clasifica como grave

cuando cumple una de estas circunstancias: "que ocasione la muerte, pueda poner en peligro la vida, exija hospitalización del paciente o la prolongación de la hospitalización ya existente, ocasione una discapacidad o invalidez significativa o persistente, o constituya una anomalía congénita o defecto de nacimiento.")

Que en dicha base de datos haya registradas ocho notificaciones de fallecimiento tras la vacunación del VPH, y en la base de datos de la Agencia Europea del Medicamento cerca de 400, siendo estos datos coincidentes con otras bases de datos internacionales (VAERS y el Centro de Monitorización de Upsala (UMC)).

Que las notificaciones más reportadas sean las que se relacionan con el sistema nervioso, incluyendo el Síndrome de Guillain-Barré, que no se investiguen dichos trastornos, y que no se haga seguimiento de las afectadas.

Hasta el momento hay notificados 1.348 casos (personas) y un total de 4.098 reacciones reportadas, ya que es característico que una persona presente varios efectos adversos, que éstos se solapen a lo largo del tiempo y que sean duraderos. La Agencia Europea del Medicamento admite que existe infranotificación, ya que en muchas ocasiones la ciudadanía desconoce que un efecto adverso se puede notificar. Por lo tanto, las cifras reales de personas afectadas son mucho mayores.

Entendemos que esa información ha de ser conocida por los ciudadanos, y eso es lo que estamos reivindicando. Es temerario e irresponsable no advertir a la ciudadanía de que la vacuna puede causar efectos adversos graves, aunque la tasa de incidencia sea pequeña, porque nadie está libre de padecerlos.

La AEMPS menciona en su informe que se notifica cualquier acontecimiento médico no deseado tras la inmunización, pero también apunta que son necesarios análisis más precisos para conocer si han sido enfermedades coincidentes en el tiempo o posibles reacciones adversas de la vacuna. Nuestra Asociación ha solicitado la realización de dichos análisis, pero en nuestra última reunión esto se nos ha denegado.

Nosotras, víctimas afectadas de la vacuna VPH, no somos casualidades, ni bulos, a pesar de que a muchos les incomode. Somos mujeres que confiábamos en las Autoridades Sanitarias cuando nos vacunamos y que cuando hemos tenido problemas de salud nos han dejado en la estacada, abandonadas, y lo peor de todo, nos han denigrado como mujeres. NUNCA antes nos hemos sentido tan DISCRIMINADAS.

Por todo lo anterior, demandamos que se evalúen objetivamente los efectos adversos que estas vacunas están produciendo, con estudios epidemiológicos independientes, sin sesgos.

Nunca se podrá evaluar objetivamente el coste-beneficio de esta vacuna si se desconoce el beneficio-riesgo, ya que hasta el momento no se ha evaluado con el rigor que requiere.

No sabemos cómo tratar los efectos adversos, no sabemos por qué los mismos se producen en cierta población, y tampoco sabemos cuál es la tasa de incidencia de padecer RAM. El balance beneficio-riesgo de esta práctica debe realizarse con estudios independientes y con una farmacovigilancia activa. De momento hay serias dudas de que esto se esté realizando con honestidad y responsabilidad. Si tenemos en cuenta el comunicado reciente de la IARC, de la OMS, sobre la seguridad de la vacuna¹, vemos que varios de sus miembros tienen conflicto de intereses con las farmacéuticas fabricantes de la vacuna².

También, la revista British Medical Journal, en Octubre 2018, criticó la revisión Cochrane sobre la seguridad de la vacuna debido a sesgos graves en los datos considerados para tal revisión³.

Conclusiones

Las dudas y desconfianza de los ciudadanos por una mala práctica de salud pública no se disipan lanzando campañas mediáticas contra las personas afectadas, sino reconociendo el daño, socorriéndolas, facilitándoles atención sanitaria adecuada, creando un fondo de compensación, investigando qué personas son más proclives a presentar efectos adversos para de este modo no administrar la vacuna a este grupo de personas sanas. De ninguna forma se debiera haber denigrado a las afectadas, como se ha hecho, esto es una gran irresponsabilidad y una clara vulneración del derecho fundamental a la protección de la salud e integridad física y moral. En la deontología médica aparecen los principios de veracidad, transparencia, aceptación y corrección del error. Pero, desgraciadamente, hasta el momento nadie ha corregido los numerosos y graves errores que se han venido produciendo uno tras otro durante los diez años de implantación de esta vacuna. Habría que empezar la casa por los cimientos y analizar la situación con responsabilidad: reconociendo, reparando, previniendo el daño y no lanzando campañas mediáticas. La ciencia es menos ciencia cuando carece de capacidad crítica y se convierte más en una ideología que sirve a determinados intereses. El periodismo, a veces, también.

1. https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2019/02/pr264_E.pdf,

2. https://www.who.int/immunization/policy/sage/sage_wg_hpv_2018/en/

3. <https://ebm.bmj.com/content/ebmed/23/5/165.full.pdf>.



carta de una estudiante de medicina de 5º curso

A pesar del corto periodo de tiempo en el cual se han desarrollado las prácticas, he tenido la posibilidad de estar en contacto con la ginecología y la obstetricia, con la parte médica y quirúrgica. Mi reflexión para el portafolio final de prácticas había sido otra, pero la estoy reescribiendo tras escuchar al coordinador de la asignatura en la charla de despedida, ya que he comprobado que una alumna manifestó la misma inquietud que yo llevo comentando estos días con mis compañeras, y no se le penalizó.

Al margen de la parte médica, he aprendido la importancia de la comunicación, el trato con el paciente y la parte humana de la medicina en general. Es cierto que, cuando se trata de un trabajo, muchas veces se termina haciendo las cosas de forma mecánica. Pero querría comentar que en alguna ocasión me he sentido como si estuviéramos invadiendo la intimidad de alguna paciente haciendo un tacto vaginal sin avisar, o diciéndole que es imposible que eso le duela cuando realmente la paciente está manifestando lo contrario. Quizá sea un punto de vista de estudiante no habituada al trabajo diario, pero no he sentido que estuviera entrando con respeto en esa intimidad que conlleva el trato con el aparato genital femenino. Porque es una especialidad más, pero creo que puede tener una carga emocional muy grande ya que cada paciente lleva una historia diferente detrás, unos valores distintos o puede que una situación compleja. No sabemos si esa mujer a la que hacemos forzosamente un tacto vaginal mientras contrae la vagina fuertemente y cierra las piernas de forma refleja (mientras banalizamos el tema) ha podido ser víctima de abusos. Al igual que no sabemos cuánto puede llorar una mujer a la que se le dice de forma brusca que ese trámite es por si se le tiene que "provocar" el parto.

Aún a riesgo de que mi nota se pueda ver perjudicada por ello y sin intención de crítica, únicamente quería expresar en la reflexión todas estas contradicciones que se me han presentado en estas prácticas y que, por otro lado, agradezco, ya que si no quizá no me hubiera parado a pensar sobre ello.

Por último, quiero destacar la amabilidad del servicio y de los responsables a la hora de acogernos y despedirnos, lo cual se agradece. También agradezco su tiempo a mis dos tutoras, a las que considero muy buenas profesionales y eficaces en su trabajo.

Laura Aznar de la Cueva

Off

A TODOS LOS SALVINIS



Salvar vidas no es un delito, es un deber. Migrar es un derecho. Este quiere ser un grito contra todas las involuciones que estamos sufriendo en nuestros derechos por parte de la extrema derecha y de gobiernos insensibles a la vida humana.

Las mujeres migrantes, a veces con niños, que arriesgan su vida en el mar para alcanzar una vida mejor, son la punta del iceberg de toda esta violencia institucional que está convirtiendo el Mediterráneo en una fosa común. Y lo que es peor, se está naturalizando el crimen organizado cuando no se deja atracar en un puerto a los barcos solidarios que han conseguido rescatarlas, y convirtiendo unos de los derechos humanos más importantes en un delito...

Como decía Hannah Arendt *"Ser capaz de ir a donde se quiere es el gesto original de ser libre, y la limitación de esta libertad ha sido desde tiempos inmemoriales el preludio de la esclavitud"*

Los delincuentes están en los gobiernos y no en las pateras.

On

A NUESTRAS "HÉROAS"



LAS SUPERVIVIENTES DE LA VIOLENCIA. HERMANA YO SI TE CREO

"La mejor forma de resistencia a la violencia no es enfrentarla sola, es juntarnos, crear formas de vida y reproducción más colectivas y así verdaderamente crear una red de resistencia que ponga fin a toda esta masacre" (Silvia Federici)

Las amigas de Tamaia, de donde tomamos el nombre de Héroas que le dan a las

mujeres supervivientes, nos alertan y animan a difundir no solo las masacres de la violencia patriarcal sino las resiliencias, las posibilidades reales de salir de ellas y hoy dedicamos a ellas nuestro ON a decir mil veces YO SI TE CREO y aquí está mi mano para juntarla con la tuya.

"Hay otra voz que precisa ser atendida y que requiere de altavoz para hacerse escuchar, la de las mujeres supervivientes, la que nombra el horizonte de esperanza que representa poner fin a la violencia machista y rehacer vida, la que reconoce la resiliencia y las estrategias de transformación de las mujeres, la que trasciende y cambia el contexto y la sociedad que habitamos ... Hay que reconocer: la capacidad de las mujeres de enfrentar el horror que suponen las violencias machistas, transformarlo y crear cultura y civilización humana"

Del magnífico Informe de Tamaia *"10 anys de trajectes de dones en situació de violència masclista: itineraris, vivències i relats"*



Puñaladas de La vida

Leonor Taboada Spinardi
Directora MyS
leonortaboada6@gmail.com

Puede ser tu madre, tu padre, tu abuelita, tu hermano, tu amiga del alma. Alguien a quien amas. El día en que empieza a perder la cabeza, pierde su cabeza y la tuya.

Imposible evitar las puñaladas de no entenderle y que no te entienda.

Mientras pierde su identidad, pierdes la tuya. Ya no eres compasiva, inteligente, solidaria. Ya no eres fuerte. Te desmoronas. Allí donde había una fortaleza y convicciones trabajosamente aprendidas hay una ciénaga de chocolate caliente donde se derriten tus principios. Te vuelves mala. Te sientes mala. Impotente. Desesperada. Desesperanzada. Traicionada. Abandonada.

¿Y los abrazos?. No siempre bastan. No siempre funcionan. No siempre los quiere. No siempre quiere abrazos ni acepta cuidados de desconocidos.

¿Dónde está la persona fuerte y poderosa que se construyó a sí misma, que tanto te ha dado y enseñado?

¿Es ella? ¿No es ella? Quién soy?

¿Me va a pasar a mí? Conseguiré una pastilla por si me ocurre? ¿Sabré cuándo tomármela? No quieres que muera pero no sabes como darle vida. No quieres verla así. Pero no sabes como ayudarla.

¿Vivir más es esto? ¿Condenarse a seguir con tal de que lata el corazón?

Algunas personas al perder la cabeza rien todo el tiempo, otras se enfurecen. Pero, en cualquier caso, quienes les cuidan, mientras les cuidan, no rien.

La vida real es esto. Demografía, lo llaman. Cada vez vivimos más años, lo cual parecería ser una buena noticia. Pero es mentira. Es una tragedia.

Las amadas personas enfermas necesitan atención e investigación. Y quien sea que las cuide necesita atención y cuidados. No sólo ayuda para vestir, asear o alimentar a las personas que ya no las reconocen: hay que proteger sus mentes y sus corazones. Hay que invertir en ellas. Y quitarles los puñales al menos unas cuantas horas al día.

ENTREVISTA A MARIA BLASCO GAMARRA

Por Leonor Taboada Spinardi



una mujer fascinante

Fue como una novela. Esperaba a mi técnico informático en una papelería cuando vi al fondo un libro firmado por María Blasco. Ohh, qué bien!...la genetista que yo quería entrevistar! ...Noooo, es mi prima, me dijo Nacha, la hermana del técnico. Y me enseñó la página web de María Blasco Gamarra que estaba en plena creación del libro colectivo para concienciar sobre la enfermedad rara que padece y a la vez recaudar fondos para la investigación. Y desde entonces soñé con conocerla. Hasta que por fin, lo conseguí.

Fascinante: asombrosa, deslumbrante, dice el diccionario. Cuesta encontrar palabras para definirla. Ella no puede hablar, aunque te deja sin palabras. Desde que la entrevisté no dejo de hablar de ella, ni dejo de leerla, ni de escharbar en su biografía ni de recoger frases suyas epatantes.

Tiene 43 años. Tiene los ojos, la mirada y la sonrisa más envolvente y cautivante que imaginarse pueda. Tiene trenzas en el pelo. Vive en una residencia. En su habitación hay fotos de la niña que fue. Hay varios libros que ella ha escrito. Y hay una gran pantalla. Durante los dos días de entrevista la acompaña Alicia Garrido, una de sus dos asistentes, que entiende lo que ella dice aunque de su boca salgan sonidos que no son palabras comprensibles para casi nadie más.

No puede hablar, no puede andar, pero puede leer y escribir con su mirada dirigida a las letras de la pantalla. Domina la pantalla. No camina, no se mueve casi, pero sigue siendo una activista de energía incansable.

La niña. El diagnóstico

Cuando eras niña, ¿que querías ser? ¿Hubo algún cambio en tus proyectos fantasías y/o sueños entre el antes y después de conocer tu enfermedad?

De pequeña, lo que quería realmente, era ir a Sudamérica como misionera aunque con el tiempo, quise ser periodista deportiva porque todos los domingos escuchaba la retransmisión de los partidos del Osasuna y me apasionaba como se transmitían las emociones con palabras. Experimentaba que la emoción podía aumentar o disminuir según la entonación y las palabras que se utilizaran. Aunque, como nunca me ha gustado mi voz, prefería los artículos de los periódicos.

Me describiría como una niña con una sonrisa siempre en los labios, dulce y risueña que no solía llevar la contraria a mis mayores, obediente aunque muy independiente y resuelta. Para nada traviesa aunque sí curiosa. Tenía muy claro lo que me gustaba e iba a por ello. Recuerdo que en Navidades, íbamos todos los hermanos con mis padres a ver escaparates de tiendas de juguetes para elegir qué regalos pediríamos a los Reyes Magos. A mis hermanos mayores lo que más les interesaba eran los coches y juegos. A mí, sin embargo, me atraían las muñecas, los disfraces, el maquillaje y me quedaba más tiempo mirándolos. En una de esas, me quedé sola y no veía a mis padres. No

me asusté, sino que me fui a buscar la casa de mis abuelos que no vivían muy lejos. Entonces, era muy pequeña, de 4 o 5 años.

¿Cuándo te enteraste? ¿Quién te lo contó? ¿Qué pronóstico te hicieron?

Pues si te digo la verdad, no me acuerdo, me imagino que mis padres, porque no supuso ningún trauma para mí. Quizás, es que no había una información de lo que era la Ataxia de Friedreich o es que yo era pequeña y no me interesaban esas cosas. No fui consciente de que me pasaba algo extraño hasta comprobar que no podía correr, saltar o jugar en la oscuridad lo mismo que los demás niños. Bueno, sí podía pero con más dificultad.

No había pronósticos porque la enfermedad no se conocía y como varía tanto de un paciente a otro... Creo que el médico aprendía de lo que a mi hermano y a mí nos sucedía aunque tenía una vaga idea. En aquel tiempo no había casi ninguna investigación ni información de la enfermedad. Se sabía que la columna vertebral tendía a torcerse y que algunas veces se clavaba en órganos vitales y que se acababa en una silla de ruedas sin poder realizar a penas movimientos musculares. Nuestro neurólogo era amigo y vecino por lo que nos conocía personalmente; en eso tuvimos mucha suerte. Mis padres nos llevaron a la consulta de nuestro vecino para que nos viera y a ver si les daba al-

*Soy
una soñadora
empedernida*

guna pista. Fuimos mi hermano que tenía dos años más y yo, porque sospechaban que algo no funcionaba correctamente, pero para rato se imaginaban que se trataba de una enfermedad desconocida y rara. Les explicaron más tarde que ambos eran portadores de la enfermedad aunque no la tuvieran y que había la posibilidad de tener hijos con la enfermedad. En nuestro caso, de cinco hijos que tuvieron, dos estábamos afectados de la Ataxia de Friedreich.

¿A quién se lo contaste antes que a nadie?

¿Qué podía contar? ¿Que tenía una enfermedad tan rara que no sabía ni siquiera el nombre? ¿Que no sabía su gravedad ni cuantos años iba a seguir con vida? Además, no me sentía enferma. En verdad, creo que no fui consciente de mi enfermedad hasta los 16 años que me operaron de la columna. No recuerdo habérselo contado a nadie; mi familia ya lo sabía, los amigos también porque entonces solo tenía mis amigos del pueblo y las del colegio y nunca ha sido un secreto el que yo tuviera la enfermedad. Los amigos y conocidos irían descubriendo los síntomas de la enfermedad a la vez que yo.

¿Cambiaron tus relaciones con tu entorno cuando lo supiste?

No cambiaron; la enfermedad evolucionaba muy muy despacio y las amistades cambian también; eso es ley de vida. No creo que fuera la enfermedad la que cambiara mis relaciones cuando era niña aunque sí después, en la juventud.

¿Hubo comprensión en tu entorno escolar y de relaciones amistosas? (En *El Legado* hubo bullying... y ¿en tu vida?)

Yo intento ver las cosas con naturalidad y no creo que hubiera mucha comprensión en el colegio aunque tampoco puedo decir que sufriera bullying. Por ejemplo, la profesora de gimnasia me pedía un certificado médico todos los años a pesar de que se trataba de una enfermedad degenerativa que no se iba a curar. Nunca he sido una chica popular pero tampoco me he sentido apartada por mis dificultades.

La persona que escribió el capítulo ambientado en el siglo XVIII, sí lo sufrió. Es importante que aparezca este tema porque puede sufrirlo cualquiera.

¿Quiénes fueron y son tus mejores amigas y/o amigos?

Mis mejores amigas son las que me hice en la juventud, aunque las de la infancia también fueron buenas pero ya te digo que en la vida cambian las circunstancias de cada uno aunque la amistad perdure en el recuerdo.

Tu carrera universitaria

¿Cuándo decidiste estudiar Filología Hispánica y por qué?

Me gustaba ya en BUP y como no tenía una media académica suficiente para optar por periodismo, pues comencé Filo-



logía; pero luego me gustó y decidí acabarla. Durante toda mi vida, la lectura ha sido fundamental; aunque lo que leía principalmente eran novelas y narraciones breves, no me costaba ningún sacrificio la lectura de los clásicos.

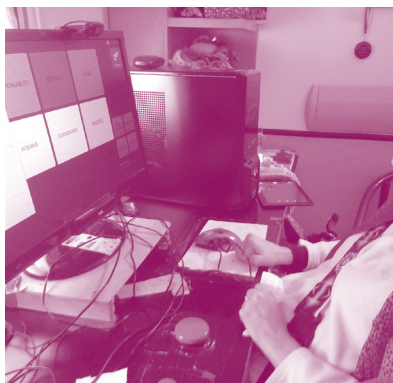
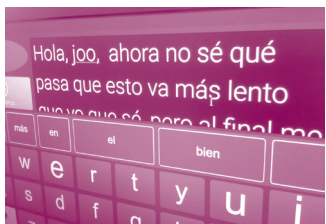
La escritora

¿Cuándo empezaste a escribir?

Empecé a escribir poesía a los 14 años, hacía rimas para mis compañeras de los chicos que les gustaban, también hacía rimas sobre el Osasuna y los jugadores que a mí me gustaban. Las redacciones en el colegio no se me daban mal pero comencé a escribir una novela que no acabé nunca, a los 20 años. Mi primer libro publicado (fue una auto publicación) fue en el 2010, *Bosquejando recuerdos*, se trata de un libro escrito en prosa sobre los cambios en la sociedad de un pueblecito prepirenaico navarro durante el siglo XX, aunque se mencionan otras épocas también. También tengo un poemario, *Canciones del alma* y un cuento *El castillo de Albanza*. Después de eso publiqué (mejor dicho publicamos bajo el pseudónimo de A. F. Babel) en el 2014 *El legado de Marie Schläu*: es una novela escrita por 17 autoras de todo el planeta: de Europa, América, Australia, África... fue un maravilloso proyecto internacional y de carácter solidario en favor de la investigación científica sobre la ataxia de Friedreich llevado a cabo por Babelfamily. No alcanzamos el éxito que esperábamos, actualmente se puede conseguir la edición inglesa y la española en Amazon y también quedan ejemplares de la primera edición.

¿Quiénes eran y son tus autores o autoras más significativos?

Me gusta mucho Isabel Allende, Ken Follett, Victoria Holt, Barbara Wood, Nora Roberts, Almudena Grandes, Dulce Chacón, Carmen Laforet... aunque también ha influido mucho en mí la lectura de clásicos españoles y sudamericanos



De todos tus libros, ¿cuál o cuáles prefieres?

Difícil pregunta...

Cada uno tiene su encanto pero a mí el que más me gusta es *Canciones del alma*, porque encierra en sus versos el reflejo de las emociones propias que he sentido a lo largo de los años y además la portada me encanta (transmite también poesía).

Ser un personaje: (epatante, modélica, referente, famosa)

¿Eres consciente del impacto de tu personalidad?

No creo que mi personalidad sea impactante o al menos no lo pretendo, aunque bueno, todo depende de la persona a la que le impacte; eso es muy subjetivo ¿no? Lo menos común son las circunstancias físicas que me suceden.

La luchadora

¿Eres optimista respecto a la curación de la Ataxia?

Sí lo soy aunque también soy realista y no creo que vaya a salir un medicamento milagroso que cure por completo la degeneración que ha afectado a mi cuerpo durante tantos años. Más que nada, confío en la terapia génica que poco a poco dará mejores resultados.

En todos estos años ¿ha cambiado tu manera de afrontar la enfermedad?

Sí que ha cambiado; antes era más optimista y hacía más cosas. A medida que la enfermedad avanza, la energía va menguando hasta llegar un momento en que hablar y vocalizar te cansa. Yo siempre he sido

una persona comunicativa y he intentado buscar la manera de conseguir una comunicación eficaz. En estos momentos, me encuentro en una fase diferente, en donde la comunicación ha perdido la importancia que tenía antes, para dar paso a una postura más relajada.

¿Cuándo decidiste impulsar la investigación (y de paso la concienciación sobre la existencia de la enfermedad)?

Desde hace muchos años, opinaba que era necesaria una investigación científica para tratar de sanar la ataxia; el gobierno sin embargo, frenaba y recortaba todos los fondos a este campo. Así no se avanza y yo quería participar de algún modo en la curación de la ataxia, involucrarme en lo que podía y además quería realizar.

“El legado”, tu legado

¿Cómo se te ocurrió crear el Legado? ¿Cómo lo planteaste a las autoras? ¿Cómo se distribuyeron los capítulos?

Tenía en mente, crear y participar en una gran novela en donde tuvieran cabida las voces de otras afectadas como yo, pensaba que en todo el mundo habría quien tendría circunstancias comunes a las mías y que sería más fácil lograr esa unidad necesaria para sacar adelante un proyecto. La novela se fue creando a sí misma con la creatividad de cada autora. En un principio yo daba una líneas generales a las autoras y a partir de ahí ellas la desarrollaban; la estructura era distinta. Era como si cada capítulo fuera más...independiente. Una editora nos aconsejó buscar un personaje que contara todo la historia y entonces, se me ocurrió la existencia de Marie Schlauf como personaje. Una escritora del equipo se ofreció para realizar esa labor y dotar a la novela con una mayor unidad. Entonces, se juntaron algunos capítulos en uno solo. Cuando se hizo la edición inglesa, se añadieron un par de capítulos más que aportan más sensibilidad a la historia.

¿Qué incidencia ha tenido, qué frutos ha dado?

Hemos conseguido vender 1500 ejemplares y como el 100% de las ganancias van dedicadas a la investigación pues se consiguieron (todavía seguimos consiguiendo) 30.000€ que han ido destinados a diferentes proyectos de investigación. Desde Babelfamily hemos financiado dos proyectos:

1) TERAPIA GÉNICA PARA ATAXIA DE FRIEDREICH

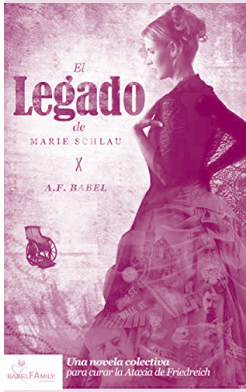
Investigadores: Instituto de Investigación Biomédica (IRB) y el Centro de Biología Molecular Severo Ochoa (CBMSO) 600.000 Euros financiados conjuntamente por: plataforma GENEFA, BABELFAMILY, ASOGAF, FARA (The Friedreich's Ataxia Research Alliance de EE UU.)

2) VEHICULIZACIÓN DE LA PROTEÍNA FRATAXINA MEDIANTE PÉPTIDOS LANZADERA.

Grupo investigador: IRB Barcelona (Instituto de Investigación Biomédica de Barcelona).

Proyecto financiado con 80.000 Euros por la asociación BABELFAMILY y la Asociación ASOGAF.

Por el momento, no se ha conseguido lo que se pretendía.



La historia comienza con el despertar del espíritu de Marie Schläu, una joven judía alemana nacida en 1830. Abandona su tumba en un cementerio para desentrañar los inquietantes misterios que estigmatizaron su vida y la de sus descendientes. Una extraña enfermedad marcará su vida y la de su stirpe.

Desapariciones, escalofriantes asesinatos, amor, ternura y muerte son temas claves en esta aventura con ecos de novela gótica y thriller. Marie ayudará a su tataranieto Ron, afectado por su misma enfermedad. Juntos descubrirán un secreto que había permanecido oculto durante más de un siglo.

13 de los 17 autores de esta novela sufren Ataxia de Friedreich, una enfermedad neurodegenerativa que no tiene cura actualmente. La recaudación por la venta de esta novela se destina íntegramente a la investigación para curar la enfermedad.

¿Se investiga más?

Yo creo que sí, que se investiga más, por lo menos más que hace diez años. Sé por ejemplo, de una investigación en Italia, que se ha difundido gracias a internet por diferentes países y los pacientes comentan sus impresiones y lo que ha ocurrido al ingerir un medicamento que sube los niveles de frataxina (es algo imprescindible si se quiere mejorar la Ataxia) para conocer esto que te hablo de la frataxina es necesario un estudio y una investigación y para financiarlos también hacen falta fondos.

¿Estás esperanzada?

Pienso que sí pero que llevará tiempo. Prefiero pensar eso que no luego llevarme un chasco.

Aquí y ahora

¿Cómo te sientes física y emocionalmente?

Me siento cansada y un poco defraudada porque las demás autoras apenas se han involucrado. Hay alguna que sí, no me he quedado sola y en otros países no sé cómo irá la venta aunque me imagino que no será algo reseñable. En otros aspectos, me encuentro un poco apagada, entiendo que me falta esa chispa que antes tenía, cada vez es más difícil encontrar algo que me haga disfrutar porque yo siempre he sido una persona que ha intentado buscarle a todo la parte positiva que hace que puedas gozar de las cosas, es como cambiar de dimensión cuando todavía permaneces en esta. Me siento historia, como se sentiría un anciano de cien años, sin apenas energía para actuar. Es como si se envejeciera prematuramente.

Cuidados- Amistades-Familia-Proyectos-Romances-

Soy una persona con una dependencia total en cuanto a lo físico se refiere y al tener un cuerpo grande, no soy una persona manejable. Actualmente necesito la ayuda de dos personas, en algunas ocasiones. Es bastante complicado entenderme cuando hablo y no encuentro la manera de conseguir una independencia (como no sea que me toque la lotería... y no juego)

En cuanto a las amistades, es difícil mantenerlas cuando no puedes hablar con ellas, cuando pierdes intereses comunes. No es que no las mantenga, sino que no las puedo cuidar como yo quisiera.

Ahora mismo, el único proyecto que tengo es realizar esta entrevista y seguir tranquilamente con mi vida atendiendo a los correos electrónicos, a las redes sociales (aunque cada vez intervengo menos) y de vez en cuando escribo algún poema aunque sin la intención de publicarlos. Tengo también una tarea pendiente que es una novela que cuente la vida de mi tatarabuelo, pero a este paso va a seguir pendiente.

Se me olvidaba mencionar que voy a intentar conseguir alguna mejora para todos los afectados de Ataxia, por ejemplo el que no haya inconveniente a la hora de que se recete un medicamento actual, la etravirina (uso compasivo). Hoy en día hay muchos neurólogos que se niegan a recetarla porque no tienen la seguridad de que sea efectiva.

Para mí la familia se ha reducido a la relación que mantengo con mis padres. Con mis hermanos aun la tengo, con unos más y con otros menos y con las sobrinas/os lo mismo. Con la familia lejana mantengo la relación que puedo tener.

Y en cuanto a los romances, los he tenido pero no creo que vaya a tener más

¿Te interesa la política?

No me interesa especialmente pero sí que estoy enterada de las noticias. Creo que el haber nacido en Pamplona y haber vivido de cerca problemas políticos en la transición, me hace tener una comprensión mayor hacia los independentistas catalanes pero también hacia el otro sector. A veces me siento desilusionada por los errores que una y otra vez cometen los políticos y no se dan cuenta de que lo principal es conseguir una sociedad en donde reine el bienestar y no la monarquía ni el bienestar de unos pocos. El cumplimiento de los derechos humanos tenía que ser obligatorio en todos los países que se dicen humanos aunque ya sé que eso es imposible por ahora.



maría, La poeta

¿ME CONOCES?

*No me interrumpas cuando hablo
porque si no callaré y serás tú quien más pierda.*

*No me interrumpas en mi trabajo
porque necesito mi tiempo si quiero realizarlo.*

*No me interrumpas cuando intento algo
porque si no conseguirás que me sienta incapaz.*

*No me interrumpas cuando duermo
porque nadie es digno de romper mis sueños.*

*No me interrumpas cuando lloro
porque no hago nada malo aunque te incomode.*

*No me interrumpas cuando opino
porque tus razones son tan verdaderas
como las mías.*

*No me interrumpas cuando vivo
porque ni siquiera tú, eres más importante
ni mejor que yo.*

¿ERES CAPAZ?

*¿Lo entenderás algún día
sin que tenga que deshacerme en llanto
manteniendo indemne mi dignidad y orgullo?
¿Entenderás mis palabras sin que siquiera las
pronuncie?*

*¿Entenderás mis miradas, mis sonrisas y enfados?
Sé que es difícil... pero no puedo ofrecerte otra cosa
y no es que no quiera; escúchame bien,
es que realmente no puedo.*

*Y no puedo...
Cómo voy a poder si mis palabras tropiezan,
si se ahogan en mi propio y denso océano
si resuenan adormecidas y torpes.*

*Por eso te sugiero que pierdas unos minutos de tu
tiempo
escuchando a mis ojos y buscando...
un significado acorde conmigo.*

*Compartiendo mi silencioso atardecer
puede que penetres en mi alma,
y descubras el color de mis pupilas.*

INSTEN A LOS NEUROLOGOS A RECETAR MEDICAMENTOS DE USO COMPASIVO EN ENFERMEDADES RARAS.

BABELFAMILY ha iniciado esta petición

En Enero se publica un artículo en el que el Dr Roberto Testi (Universidad Tor Vergata Roma), en un cribado de más de 800 fármacos disponibles para otras enfermedades en el mercado, elige la ETRAVIRINA porque es capaz de aumentar in vitro los niveles de frataxina en células de pacientes con Ataxia de Friedreich. Posteriormente repite el ensayo en ratones con Ataxia de Friedreich (son modelos modificados genéticamente que reproducen la enfermedad en ratones). Los resultados son esperanzadores puesto que a Etravirina aumenta la Frataxina en estos ratones. Hasta la fecha no hay ensayos de Etravirina con pacientes de Ataxia de Friedreich.

La Etravirina es un fármaco que lleva 11 años en el mercado y se suministra a pacientes con SIDA. La tolerabilidad del fármaco es buena y no tiene efectos indeseados importantes. De hecho se suministra a niños de 2 años en adelante con buena tolerancia.

Los pacientes con Ataxia de Friedreich no podemos esperar más de 6 años hasta que el fármaco esté validado para nuestra enfermedad. Eso suponiendo que la farmacéutica quiera iniciar ensayos clínicos con pacientes AF, porque los ensayos son muy caros y al tratarse de una enfermedad poco frecuente, el volumen de negocio para la farmacéutica no es rentable. Lo más probable es que el estudio del Dr. Testi quede olvidado en un cajón y su descubrimiento no llegue nunca a beneficiar a los pacientes con Ataxia de Friedreich. Pero en este caso, la ley tanto española como a nivel mundial, establece que el paciente de Ataxia de Friedreich puede acceder al fármaco por la vía del "USO COMPASIVO". Algunos pacientes lo consiguen puesto que es una vía legal, pero la inmensa mayoría de pacientes se encuentra con la negativa por parte del neurólogo. Digamos que la ley le otorga al paciente ese DERECHO, pero exime al neurólogo del DEBER de recetarlo. Lo hace si quiere y si no, no lo hace, escudándose en que la eficacia del fármaco no está totalmente demostrada. Urge concienciar a la clase médica de que la Ataxia de Friedreich es una enfermedad grave y que si existe una esperanza para frenar el avance inexorable de la enfermedad se debe intentar, máxime si se ha demostrado que la Etravirina tiene un perfil de escasa toxicidad. LOS PACIENTES QUE ESTÁN TENIENDO ACCESO AL FÁRMACO REPORTAN BENEFICIOS POSITIVOS.v

VISIÓN DE UNA MÉDICA RESIDENTE en sus primeros dos años de experiencia Laboral (que no de La vida)



Ana Sánchez Hernández

Médica Residente de Medicina Familiar y Comunitaria

Desde mi experiencia en el Congreso La Cabecera 2018, y tras haber conocido previamente a Carme Valls en las Jornadas de la plataforma No Gracias, comencé a interesarme por el tema de género en salud. Mi aportación, tras dos años de observación, es la que sigue en las líneas que me han dado la oportunidad de escribir.

Existe un término que últimamente está de moda en todos los congresos y charlas a las que asisto en Atención Primaria: la visión biopsicosocial del paciente. Entendido como una visión global, no sólo de la patología orgánica en concreto, sino de los aspectos externos que la condicionan. Me encanta porque precisamente da la oportunidad ya no sólo de incluir, sino de exigir que se incluya la visión de género dentro de nuestro quehacer diario. Ya que el género es una construcción social. Por tanto, si queremos realizar un acercamiento al entorno social de una paciente, debemos incluir también esta mirada. Aunque, por supuesto, es algo que aún estamos muy lejos de conseguir de manera efectiva.

María José Capellín, en su participación en el seminario de lanzamiento de la campaña organizada por Colectivos de Mujeres y sindicatos por una Ley Vasca de Atención a la Dependencia (Bilbao, 13 de mayo de 2005), habló del BBVA: blanco, burgués, varón, adulto. Amaia Pérez Orozco retoma el término en su libro "Subversión feminista de la economía" (Traficantes de sueños, 2014) añadiendo una "h" de heterosexual.

Pues bien, a los hombres BBVA, gerentes, consejeros, etc., que acuden a presentar los congresos de Atención Primaria en mi comunidad se les llena la boca hablando de que somos el futuro. En Asturias, el porcentaje de mujeres profesionales sanitarias en Medicina y Enfermería de Atención Primaria es de 59.8% y del 81.9% respectivamente¹; porcentaje que va en aumento en los últimos años. Por tanto, sí, somos las profesionales del futuro, y tenemos mucho que aportar. Aquí va una más caminando hacia ese objetivo.

La puesta en escena

Me gustaría poner un ejemplo para que se entienda mejor cómo está funcionando la medicina ahora. Esta "puesta en escena" (nunca mejor dicho) me fue facilitada por Ayelén Losada, en el congreso de Salud Pública de Menorca, en el taller de género². Imaginemos una obra de teatro. Tenemos, por un lado, un director del teatro que se encarga de producir la obra, es decir, de pagar lo que cuesta alquilar un teatro, la publicidad, etc. Este primer elemento se llama Capitalismo, viene representado en nuestra "obra" por los gerentes y consejeros BBVA-h. Por otro lado, ese director del teatro contrata a un director de escena, por supuesto BBVA-h también, que se llama Patriarcado, y en medicina vendría representado por los jefes de servicio y los directores médicos, que para no desentonar, al menos en mi hospital, ¡la mayoría son hombres! Esto va viento en popa, ¿seguimos?

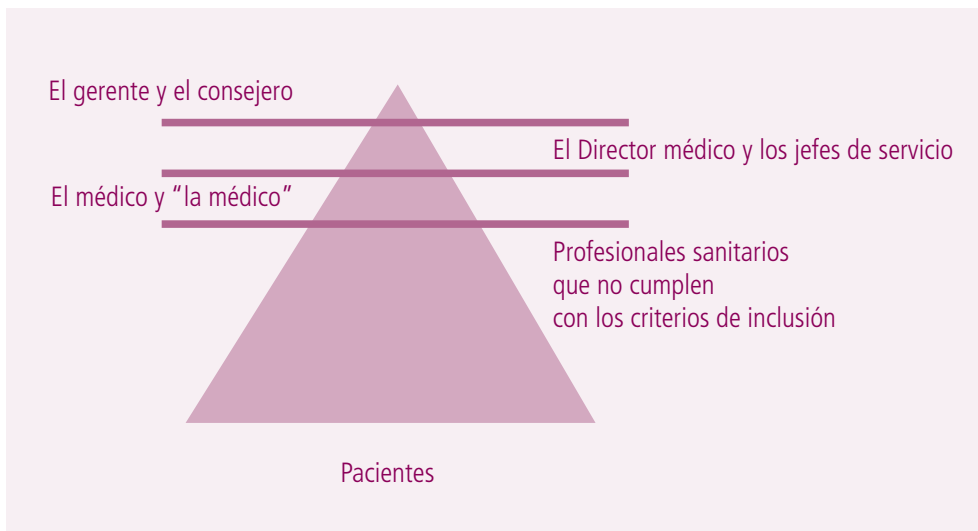
Bien, ahora nos quedan los actores (y actrices, claro). El protagonista, también BBVA-h (esto se transmite de un escalón a otro, como las generaciones), tomará el papel del médico. La otra parte, esa otra parte que tiene que haber para que pase algo en la obra, es una mujer, blanca, cis-heterosexual, de buena familia y con buenas notas en la carrera y en el MIR: es "la médico". Fantástico, que empiece la función.

¿Y en toda esta obra, cuando salgo yo? Pues salgo de actriz secundaria, sujetándole el separador a una cirujana, o saliendo a llamar a pacientes, o haciendo cualquier labor reproductiva que sea necesaria en escena. Y muy importante, no digo una palabra. A todo esto, los receptores de esta obra de teatro, el público (¡casi se me olvida!) vendría representado por aquellos que pagan su entrada para ver la obra, o sea, los y las usuarias del Sistema de Salud: las y los pacientes.

Ahora bien, yo soy médica residente, no cumplo criterios de inclusión para ser la protagonista de la obra, y escribo este artículo junto a muchas más mujeres y hombres que ya han escrito para incorporar la visión de género en la Medicina.

¿Realmente, creéis que según está montado este asunto, tenemos algo que hacer?

Obsérvese un detalle en la figura que propongo: ¿dónde está la mayoría de la gente? ¿Dónde están la mayoría de las ideas, de proposiciones, de luchas, de diversidades? ¿Dónde están los encuentros?



¿Cómo sería la visión de género desde la atención primaria?

En base a los estudios realizados por Ana Delgado³, *"parece que las médicas de atención primaria tienen un estilo de comunicación con sus pacientes más centrado en lo psicosocial que los médicos; [...] Sin embargo, el sexo del paciente y el del profesional no muestran relaciones consistentes con la satisfacción"*. Lo que está claro, es que la atención médica que incluye los aspectos sociales y emocionales, mejora la salud de las pacientes y también su satisfacción. Por tanto, es preciso incluir un nuevo enfoque que incluya el género, puesto que, como he dicho al principio, pertenece a "lo social". Actualmente, en la práctica médica del día a día, un 60% de la consulta médica son problemas sociales, que lo condicionan absolutamente todo⁴. La paciente sin recursos, apoyos, y un reciente diagnóstico de cáncer de mama, tiene peor pronóstico. Lo mismo pasa con los hombres.

Existe algo llamado "morbilidad diferencial", que viene a ser la diferencia en la presentación entre sexos de los síntomas y signos de una determinada enfermedad, los factores de riesgo y la respuesta al tratamiento con distintos efectos adversos⁵. Es bien sabido por las compañeras de la Red-Caps que hasta 1980 ser mujer era un criterio de exclusión para participar en los ensayos clínicos, y de ahí surge este término, puesto que actualmente, no conocemos muchas de las manifestaciones clínicas de enfermedades en mujeres. Hay una cosa que ejemplifica esto para mí perfectamente y es la siguiente: la estructura anatómica del clítoris se describe por primera vez en 2005 por la uróloga Helen O'Connell⁶, cinco años antes de que yo empezara la carrera de Medicina!

En 2009, los investigadores franceses Dra. Odile Buisson y Dr. Pierre Foldès concluyeron una labor de tres años, sin financiación, gracias a la cual tuvimos la primera ecografía en 3 dimensiones de un clítoris en erección.

Pregunto: ¿Contamos con esta morbilidad diferencial en nuestra práctica diaria? ¿Es un factor a la hora de hacer diagnóstico diferencial? ¿Y qué pasa cuando planteamos po-

sibles causas de ese "malestar inespecífico" a nuestros compañeros no formados en género? Para las dos primeras preguntas, recomiendo la lectura del libro "Mujeres, salud y poder" de Carme Valls (Cátedra, 2009).

La tercera, me tomo la libertad de contestarla yo:

Pues pasa que te mandan a freír espárragos. "Feminismofobia" lo llamo yo. Y me parece interesante plantear también qué pasa cuando introducimos un nuevo punto de vista en el abordaje de

la enfermedad en mujeres y hombres, y cómo se incluye esto dentro de los funcionamientos ya establecidos del sistema⁷ (pero esto daría para otro artículo).

¿Cómo construimos esa visión de género en atención primaria?

Desde mi punto de vista, es preciso:

1. **Ser observadoras:** esto es primordial. Por eso me he tomado la libertad de escribir estas líneas, porque llevo dos años sentada al lado de un/una médico/a, mirando cómo pasa consulta, cómo es el/la paciente, formas de comunicación, diferencias en diagnósticos, etc. Me considero privilegiada, porque me ha permitido llegar a comprender muchas cosas. Pongo un ejemplo: es muy típico ver un paciente de edad avanzada (80 años) que viene con su mujer al "especialista". Ella habla, él calla, a él se le explora, y se le comunica a ambos que todo está bien, pero se le dice a ella que "hay que echar una pomada" y se le entrega a ella el informe de la consulta. Ella asume el trabajo reproductivo y él pone cara y cuerpo a disposición, sin decir una palabra. Esto pasa muchísimo. Y ahora más aún, cuando la población está envejeciendo cada vez más. ¿Por qué le damos los papeles a la mujer?
2. **Ser con el género:** sé que me canso de decirlo, pero tenemos que salir de lo biologicista puro para entrar en el contexto de los/las pacientes. En este punto, resulta clave el concepto de la interseccionalidad de género, que vendría a ser el fenómeno por el cual un individuo sufre opresión u ostenta privilegio en base a su pertenencia a múltiples categorías sociales.
3. **Ser personas:** este concepto es algo más complejo aunque parezca una frase muy simple. En el momento en que hay una barrera entre nosotras y nuestras pacientes (utilizo el plural en femenino a partir de ahora, que nadie se asuste), estamos perpetuando el sistema que he descrito antes. Es decir: la línea morada son una bata y una mesa y lo que

es peor aún, una pantalla. Esto no está ahí por casualidad. En el momento que pasamos por la puerta del hospital o Centro de Salud, nos ponemos la bata, nos sentamos detrás de una mesa y encendemos el ordenador, nos alejamos de lo mundano, de lo que tenemos alrededor. Por eso, creo preciso la deconstrucción de las médicas de Atención Primaria (y del resto de especialidades también).

Pero vamos avanzando. Ya hemos conseguido acercarnos a las pacientes, llevar la medicina a los domicilios, utilizar los activos de salud de los barrios, realizar protocolos efectivos de actividades preventivas.

4. **Ser muchas:** la Atención Primaria es la base del sistema de salud pública de este país tal y como fue concebido. Y aunque estemos escasas de recursos, ahí seguimos. En mayo de este año, se ha celebrado en Málaga el primer congreso de la SEMFyC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria) libre de industria farmacéutica. Y ha sido un éxito. Sí podemos hacerlo, porque estamos la mayoría en la parte de la pirámide que engloba a la mayoría. Por tanto, si todas ponemos un granito de arena, cambiarán las cosas, como ya viene pasando hace años.
5. **Ser globales:** las médicas de Atención Primaria somos las únicas especialistas formadas para englobar en nuestras valoraciones un conjunto de factores relacionados con la salud simultáneamente, pues somos las que más información tenemos del contexto biopsicosocial de nuestras pacientes. Por tanto, creo que sí seremos capaces de incluir aquí esta visión.

Ahora bien, propongo una manera práctica, efectiva (y sin efectos secundarios) de incluir el género en nuestras gafas a partir de ahora. Es decir, para percibir qué prácticas clínicas tienen visión de género y cuáles no. He aquí algunos pasos a dar:

En la historia clínica: hacer constar el sexo biológico, el género, la procedencia o país de origen, las relaciones familiares, de trabajo. Para esto, recomiendo utilizar la herramienta del genograma, para entender el contexto biográfico y familiar de las pacientes.

Ante una consulta por motivos inespecíficos tanto de un varón como de una mujer:

- De entrada, no tratar con fármacos psiquiátricos
- Consultar bibliografía al respecto
- Responsabilizar a las pacientes de su proceso de salud, informándoles debidamente.
- Cuando una persona venga a consulta, ser más sensibles a las posibles cargas que tenga fuera de la consulta, sean del tipo que sean.
- Ser proactivas con nuestro Equipo de Atención Primaria: relación con Enfermería, Trabajo Social, Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, etc.
- Contactar con el resto de compañeras del centro mediante sesiones, talleres y docencia.
- Tomar aire cada 6 meses con compañeras que compartan



- nuestra lucha en otras comunidades.
- Comunicar a personas, y no a pacientes.

Una idea que quiero destacar como **CONCLUSIÓN** es que resulta fundamental conocer el sistema. Es decir, el cómo se articulan los diferentes elementos que lo componen y la interacción entre ellos, para servir a un propósito o resultado final que es en definitiva, lo que pretendemos cambiar. No estamos solas compañeras. Existen multitud de propuestas, proyectos, acciones, organizaciones al servicio de esta nueva visión. Aprovechémoslas. Es más lo que nos une que lo que nos separa. El encuentro es posible.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Demografía y situación de salud. Informe del SNS 2017. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2017/1_CAP_17.pdf
- 2 Waisblat, A. (2013). La construcción sociohistórica de los roles masculino y femenino. Patriarcado, capitalismo y desigualdades instaladas. *Sexología y sociedad*, [online] 19(2), pp.172-194. Disponible en: <http://www.revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/195/236>
- 3 Práctica profesional y género en atención primaria. Ana Delgado/Luis A. López Fernández. *Gac Sanit* 2004; 18 (Supl 1): 112-7.
- 4 Salubrismo y barbarie. Un mapa entre la salud y sus determinantes sociales. Lopez Ruiz, Vicky - Padilla Bernáldez, Javier. *Atrapasueños*, 2017
- 5 Valls Llobet C, Banqué M, Fuentes M, Ojuel J. Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Anuario de Psicología*. 2008; 39(1): 9-22.
- 6 O'CONNELL, H., SANJEEVAN, K. and HUTSON, J. (2005). ANATOMY OF THE CLITORIS. *Journal of Urology*, 174(4 Part 1), pp. 1189-1195.
- 7 Chilet-Rosell, E. (2014). Gender bias in clinical research, pharmaceutical marketing, and the prescription of drugs. *Global Health Action*, 7(1), p.25484.



DERECHOS, FEMINISMO Y MODELO BIOGRÁFICO EN La atención a La salud sexual de Las/Los jóvenes

Georgina Picas-Bernadell,
Comadrona CJAS
gpicas@centrejove.org

Jordi Baroja-Benlliure,
Director CJAS
direccio@centrejove.org

Para trabajar en el ámbito de la sexualidad es imprescindible realizar un trabajo previo que nos haga repensar nuestro posicionamiento profesional y, sobre todo, personal al respecto. Y eso pasa por reflexionar de manera honesta sobre nuestra biografía sexual:

- ¿Qué nos han enseñado (y silenciado) con palabras o con actitudes de lo que es correcto y lo que no?
- ¿Qué experiencias he tenido y como las valoro?
- ¿Qué relación tengo con mi cuerpo y la exploración del placer?
- ¿Cuál fue la última vez que no me protegí de un embarazo o ITS y por qué?
- ¿Cuándo fue la última vez que mantuve relaciones sexuales para complacer a mi pareja?
- ¿Qué mensajes he recibido para socializarme como "niño" o como "niña" ... y qué implicaciones han tenido en mi vida?

Dependiendo de las respuestas y del grado de profundidad, cada persona llegará a unas conclusiones diferentes pero probablemente con un común denominador: que cada una de nosotras ha ido escribiendo su biografía sexual como ha podido y ha sabido con las herramientas que tenía... Nada demasiado diferente de lo que hacen los y las jóvenes de hoy en día.

Este ejercicio constante de reflexión de nuestra propia sexualidad, además de aportarnos claros beneficios personales, a nivel profesional es una de las claves para poder iniciar un trabajo honesto, empático y respetuoso con la persona que atendemos.

No obstante, como profesionales necesitamos más herramientas para ofrecer un acompañamiento fructífero a la población joven. Desde nuestro centro hemos ido construyendo con el tiempo un marco conceptual que surge principalmente de la filosofía de los primeros centros de "planning", nacidos en el estado español en los años 70 y que se triangula en tres ejes: los Derechos Sexuales, el Modelo Biográfico y la Perspectiva Feminista.

Los Derechos Sexuales

Partir de los Derechos Sexuales es un concepto que, básicamente, significa girar desde un modelo enfocado en las "necesidades" hacia la idea de que las personas tienen derechos que deben poder disfrutar y ejercer. Lo cual está vinculado al principio del empoderamiento de las personas, tanto de las usuarias como de las profesionales.

Para nosotros hablar de Derechos sexuales incluye también los reproductivos a pesar de que en la agenda internacional se separan básicamente para disponer de más cartas de negociación. En según qué escenarios podemos ver negociar si se aceptan las parejas del mismo sexo -derechos sexuales- pero no la interrupción del embarazo- derechos reproductivos.

Pero, ¿cuáles son estos derechos? Pues básicamente el hecho de que cada persona es libre de vivir su sexualidad como le plazca y que tiene derecho a que se le garanticen las herramientas básicas para la vivencia de una sexualidad saludable y libre. Es decir, el derecho a la educación sexual, a la información y a una asistencia libre de discriminaciones de cualquier tipo.

Además, en el abordaje de Derechos no tiene cabida, bajo ningún concepto, ni el juicio moral, ni la bronca, ni la imposición, ni el mensaje del miedo... Para todos los que trabajan en un enfoque de derechos hay dos mantras principales: "los derechos no se negocian" y "si no garantizamos los derechos, los estamos vulnerando". Tenemos derecho a solicitar -y a recibir- la postcoital o la realización de las pruebas de ITS -por ejemplo- sin necesidad de contar nuestra vida, si no se desea y sin frases culpabilizadoras y moralistas. Tenemos derecho a trazar los propios límites de cómo queremos vivir nuestra sexualidad y de cómo querer gestionar los riesgos. Tenemos derecho a que se nos informe de todos los métodos anticonceptivos sin que entre el sesgo profesional de pensar "lo que mejor le conviene porque es muy promiscua, porque así al menos no se queda embarazada...". Tenemos derecho a que no se presuponga nuestra heterosexualidad por defecto. Cuánta violencia institucional no continuamos generando por el hecho de seguir una inercia simple heterocentrada que coloca, en situación de exclusión cualquier sexualidad no normativa.

Si comenzamos este artículo planteando la obligatoriedad de cada persona, que se dedica profesionalmente al ámbito de la sexualidad, a hacerse determinadas preguntas sobre su propia vivencia, también es exigible tanto a institucio-

nes como a profesionales que nos respondamos a la siguiente pregunta: ¿conozco bien los derechos?, ¿cuáles son los derechos que yo o mi institución vulneramos cotidianamente hasta el punto que ya ni nos cuenta?

El modelo biográfico

Este modelo encaja, como no podía ser de otro modo, con un enfoque de derechos y tiene mucho que ver con el posicionamiento profesional y todo lo que se enseña en las facultades de cuál debe ser nuestro rol. Y, éste ha ido variando con el tiempo. A mediados del siglo XX, después de la segunda guerra mundial, se inició la necesidad de abordar la salud sexual y nació el modelo biomédico, es decir, preventivo. Se trataba de un modelo que quería dar respuesta a la necesidad de "evitar los riesgos" que la actividad sexual comporta, básicamente las ITS y los embarazos no deseados. Se basaba en el marco conceptual de que la salud es la ausencia de la enfermedad. Este modelo ha hecho que se haya asociado el concepto de sexualidad con peligro, proyectando una idea negativa y no vinculada a la satisfacción o el placer. Y ha provocado la medicalización de la sexualidad.

Por otro lado teníamos -y sigue vigente- el modelo moral, que nacía como reacción conservadora a todas aquellas propuestas más liberales sobre sexualidad. Se trata de una doctrina donde sólo tiene cabida un único modo de vivir la sexualidad: en pareja heteromonógama y con fines reproductivos. Entra en confrontación directa, pues, con todo lo que quede fuera de estos estrechos márgenes: placer, diversidad sexual, interrupción del embarazo... Además, otorga la responsabilidad de la educación sexual a los progenitores, aunque también, a partes iguales, a la escuela y la iglesia. También encontramos el modelo revolucionario que nació en el seno de la izquierda freudiana como síntesis del pensamiento de Marx y Freud. Este modelo que postula una revolución sexual y social, incluye conceptos como la perspectiva de género, educación sexual como derecho y la búsqueda de una vida sexual satisfactoria.

Y, finalmente, nace el modelo biográfico y personal en el que entidades como el CJAS nos posicionamos. Se trata de un modelo de origen sueco que nace en los años 50 y trata la sexualidad desde una mirada positiva. Incorpora algunas ideas claves de los modelos citados anteriormente: del biomédico, incorpora la idea del conocimiento científico como base de trabajo; del moral toma la idea de la importancia de la ética relacional, pero en el sentido más amplio y liberal de la palabra; y del revolucionario toma la idea del derecho a la sexualidad y la perspectiva de género.

En la práctica implica considerar que cada persona tomará sus decisiones ajustadas a su biografía, a partir de sus experiencias, deseos, expectativas y emociones. Y que hay que partir de estos elementos para trabajar y centrarnos más en los factores protectores como son la autoestima y el autocon-



nocimiento que en los riesgos. Pero quizás lo más importante es que este modelo sitúa al/la profesional en un rol de facilitar/ mediar, que se limita a acompañar y dar herramientas a la persona usuaria para que ésta pueda decidir cómo ir construyendo su biografía sexual.

Hay que admitir que a las profesionales que nos dedicamos a esto nos genera vértigo que las personas tomen sus propias decisiones, especialmente si no coinciden con las que consideramos correctas. Nos resulta mucho más cómodo refugiarnos en mensajes simples basados en riesgos. Pero las personas no tienen relaciones sexuales para prevenir embarazos no deseados o ITS, sino por placer, amor, curiosidad, presión o razones económicas...

La mirada feminista, el tercer vértice del triángulo

La mirada feminista, como los demás, atraviesa todas las intervenciones. De nuevo en este caso hay que revisar, nuestra propia socialización y los prejuicios que podamos tener respecto al concepto de feminismo.

Un grupo de mujeres de Boston cuando escribieron el libro "*Nuestros cuerpos, nuestras vidas*", hacia 1969, lo tenían clarísimo "*También queremos aclarar que el sistema médico se debe utilizar con cuidado, reconociendo que nuestra buena salud no comienza con la medicina sino con la calidad de nuestras vidas y relaciones*".

Desde que nacemos hemos ido recibiendo mensajes muy potentes, con mayor o menor sutileza- que construyen nuestro género y nuestra vivencia de la sexualidad. Según hayamos nacido con pene o vulva los mensajes recibidos sobre cómo debemos vivir y disfrutar de nuestro cuerpo y del sexo y de cómo nos debemos relacionar con el "otro sexo" serán diferentes. Bueno, no sólo diferentes, sino desiguales, dando más relevancia social a los valores considerados masculinos en detrimento de sus "opuestos", los femeninos. Así, se nos construye la esencia que vincula un sexo biológico con un género determinado y, de rebote, una orientación del deseo determinada. En otras palabras, si tienes pene se espera de ti que adoptes comportamientos masculinos y que te sientas atraído por las mujeres.



Ser conscientes de cuáles son estos mensajes y de qué peso tienen nos puede ayudar a entender el porqué de determinadas reacciones. Quizás entendamos por qué dentro de lo que se espera de la masculinidad, la exposición al riesgo es un valor, como una prueba de paso. A veces quizás la educación sexual más eficaz es enseñar a las chicas a autoexplorarse y a conocer mejor su cuerpo como decían las mujeres de Boston hace 50 años.

La perspectiva feminista debería permitir graduar nuestra mirada con las famosas gafas violetas y ver cosas que nos pasaban desapercibidas. Una vez puestas ya no nos debería parecer tan fácil animar a las chicas, por ejemplo, a que negocien el preservativo con las parejas sin valorar las dinámicas relacionales —de poder o de privilegios...— que se mueven en este marco de normas sociales

Conseguir servicios más “amigables” y adaptados

Realizar una atención que incorpore los tres ejes mencionados ayudaría notablemente pero no es garantía de éxito si, como sociedad, no nos esforzamos en disponer de servicios más accesibles y adaptados para jóvenes.

Los contactos de la población adolescente y joven con el sistema de salud son tremendamente valiosos, por escasos y puntuales, por esto hay que poner todos los medios para tratar de aprovecharlos. Normalmente es un contac-

to provocado por un problema urgente a solucionar como una postcoital, prueba de embarazo, ITS o problema con el método contraceptivo. Pero con confianza y respeto puede generarse un muy buen punto de partida para trabajar sobre otros aspectos como son el placer en las relaciones sexuales, el autoconocimiento, las violencias machistas, o métodos de protección. Tenemos que intentar en el poco tiempo disponible de la visita, ir más allá y no limitarnos a resolver la urgencia, y esto sólo es posible con una mirada integral y alejada de prejuicios. Adolescentes y jóvenes se mueven cómodos en dinámicas de “dejarse caer” en el momento de sentir la necesidad de ser asistidos/as. Insisten en la importancia de la privacidad y la confidencialidad y dejar de lado el comunicarlo a los padres. Quieren que el personal los trate con respeto y no los juzgue, y generar un vínculo con la misma profesional.

Así, si las profesionales tenemos la obligación de reinventarnos para poder conectar mejor con la vivencia de la sexualidad de adolescentes y jóvenes, también tenemos el deber de valorar qué pueden hacer nuestras instituciones y nuestros servicios para que sean más amigables y capaces de hacer frente a las necesidades y dinámicas específicas de la población joven. Definitivamente, todavía nos queda mucho trabajo por hacer

Bibliografía

- Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España. APFCiB et al 2016
- https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_2016_Noviembre_SSR_8d1a1563%232E%23pdf
- Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. WHO 2006
- Fallas, M. A., Artavia, C. y Gamboa, A. (2012). Educación sexual: Orientadores y orientadoras desde el modelo biográfico y profesional. *Revista Electrónica Educare*, 16 (Especial), 53-71.
- Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas. Boston Women Health Book Colle (Autor) Barcelona, 2000. Plaza & Janés Editores
- Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services. Geneva. WHO 2012
- http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/
- L'educació afectiva i sexual: un dret, una prioritat. APFCiB et al. 2016. https://agendessexuals.files.wordpress.com/2015/01/investigacion-afectivo-y-sexual_web.pdf



Lucía Artazcoz
Especialista en
Medicina Preventiva

sexismo en medicina

En 2013, Nature dedicó un número especial a las mujeres en la ciencia en el que concluía que la ciencia sigue siendo institucionalmente sexista (Shen, 2013). El número de Lancet del 9 de febrero de 2019 era un monográfico dedicado al avance de la mujer en la ciencia, la medicina y la salud mundial con nueva evidencia internacional sobre las formas de sesgo de género en la financiación; el desgaste de las mujeres en los programas de capacitación clínica; la medida en que las universidades han actualizado sus compromisos públicos con el género y la diversidad étnica; y la relación entre el liderazgo de las mujeres en la ciencia y la investigación sobre el sexo y el género (Hooks, 2016).

La buena noticia es que mucho debemos haber avanzado en la lucha por la igualdad de género y otro tipo de desigualdades en la ciencia para que estas dos prestigiosas revistas científicas dediquen tanto espacio a este tema; la mala, es que los artículos incluidos en estos números especiales confirman la persistencia de un régimen patriarcal que perpetúa las desigualdades de género, de manera más o menos sutil, en la medicina y la salud global.

En este artículo se examina el sexismo en la profesión de medicina, un paso imprescindible para la incorporación de la perspectiva de género en las organizaciones sanitarias y en la salud pública.

Género, salud y sociedad

El concepto de patriarcado se refiere a una forma de organización social, política, económica y religiosa que se basa en la autoridad del hombre y en la dominación masculina sobre la mujer. Implica, entre otras cosas, las estructuras de desigualdad de género en las esferas pública y privada, y en los derechos y recursos, sustentados por el mercado, el estado y el marco legal. También se refiere a la construcción social constante de lo que se considera "femenino" y "masculino" y se fundamenta en el poder y las normas socioculturales sobre mujeres y hombres. La desigualdad de género se transforma en riesgo para la salud a través de los valores, normas, acceso al poder y los recursos, creencias y prácticas discriminatorias, exposiciones y susceptibilidades diferenciales a enfermedades, discapacidades y lesiones; sesgos en los sistemas de salud y sesgos en la investigación en salud.

Desigualdades de género en la profesión de medicina

La formulación de políticas es un espacio dominado por los hombres, y las políticas se ajustan implícitamente a las normas masculinas. Así, la ausencia de paridad entre mujeres y hombres en el liderazgo en el sector sanitario no se debe a la falta de interés de las mujeres, a la diferencia en el compromiso profesional o a los años de formación, sino a un sesgo de género sistémico, a la escasez de oportunidades de ascenso y a un techo de cristal que existe igual que en otros sectores (Betron et al., 2019).

En medicina las desigualdades de género se manifiestan en las mujeres como experiencias cotidianas de sexismo, que incluyen la exposición a chistes sexistas, acoso sexual por parte de médicos, profesores o pacientes, penalizaciones desproporcionadas por errores o fracasos, ingresos más bajos que los hombres, canalización hacia áreas de la medicina peor pagadas, como la medicina familiar; y una menor probabilidad de ser tratadas por su título profesional que los hombres (Kang & Kaplan, 2019). Numerosos estudios muestran que, ante currículos similares, los de las mujeres son menos valorados (Moss-Racusin, Dovidio, Brescoll, Graham, & Handelsman, 2012). Además, la discriminación es mayor entre las profesionales que son madres (Adesoye et al., 2017).

El personal sanitario se está feminizando, y la participación de las mujeres es sistemáticamente mayor que en otras ramas de la ciencia o en el mercado laboral en general. Sin embargo, en el ámbito de la medicina, persisten los desequilibrios en la formación de especialistas, ya que las mujeres siguen siendo minoría en las especialidades quirúrgicas, por ejemplo, y se observan diferencias salariales entre hombres y mujeres en todas las especialidades que no se explican en su totalidad por la antigüedad, las interrupciones en la carrera y el trabajo a tiempo parcial. Además, como en otros sectores, las condiciones salariales pueden empeorar a medida que aumente el porcentaje de mujeres (Shannon et al., 2019). Y es que los sectores feminizados son valorados sistemáticamente menos que los masculinizados.

El cambio organizacional hacia la igualdad de género en la medicina es parte del desafío social más amplio de reducir los estereotipos de género de niñas y niños y empoderar a los hombres para que adopten la igualdad de género como una meta que también sirva a sus intereses. Numerosos estudios han mostrado que existe discriminación contra las profesionales de la medicina en todas las etapas de la

vida profesional, desde la contratación y la selección hasta la recomendación, la evaluación, el ascenso, la formación y la compensación. Por ejemplo, un estudio sobre profesionales de la medicina del Hospital Clínic de Barcelona, reveló diferencias significativas en las categorías ocupadas por médicas y médicos que configuran el fenómeno conocido como “tuberías con fugas”, que consiste en un número desproporcionadamente bajo de mujeres que llegan a posiciones médicas principales (Arrizabalaga et al., 2014). Estos efectos se multiplican cuando, además de ser mujeres, se suman otros ejes de desigualdad como la etnia, el país de origen o la diversidad funcional.

Intervenciones para reducir las desigualdades de género en medicina

La mayor parte de los esfuerzos realizados para reducir las desigualdades de género en las organizaciones sanitarias se han centrado en identificar y sensibilizar sobre los sesgos a las y los profesionales. Sin embargo, diversos estudios han demostrado que la capacitación en la diversidad (especialmente cuando se hace sola y no en combinación con otras intervenciones organizacionales) puede producir consecuencias no deseadas. Por ejemplo, puede asociarse con una reducción de la diversidad y un empeoramiento del comportamiento hacia los compañeros y compañeras de trabajo en situación de desventaja, y la creación de una ilusión de justicia de manera que las personas que denuncian haber sido discriminadas tienen menos probabilidades de ser creídas. Formar a las personas para que eviten el uso de estereotipos puede, paradójicamente, conducir a una mayor activación de esos estereotipos, y los intentos de aumentar el conocimiento de la prevalencia de los estereotipos pueden normalizar inadvertidamente los estereotipos y la discriminación (Kang & Kaplan, 2019).

Con demasiada frecuencia, estas intervenciones se centran en las mujeres como problema, y asumen una visión masculina heteronormativa del mundo, que se basa en que las mujeres utilicen unos comportamientos que han sido definidos, determinados y continúan siendo valorados por sistemas que son intrínsecamente sexistas (Coe, Wiley, & Bekker, 2019). Así, muchos de estos programas se centran en enseñar a las mujeres habilidades como negociar mejor, estar erguidas, adoptar posturas de poder, hablar más en las reuniones o ser más asertivas. Se trata de capacitar a las mujeres para actuar como los hombres porque las acciones consideradas masculinas son más valoradas y percibidas como la forma de tener éxito (Kang & Kaplan, 2019). Se suelen descuidar en estas intervenciones valores como la calidez, la empatía y la amabilidad. Curiosamente, valores ligados a las normas tradicionales sobre femi-



nidad, como la capacidad de escucha, la comunicación, la precaución o poner en el centro de las decisiones el bienestar de los pacientes, se han asociado a una mejor calidad de la asistencia sanitaria y menos complicaciones tras las intervenciones (Journath, Hellénus, Carlsson, Wndell, & Nilsson, 2010; Tsugawa et al., 2017; Wallis et al., 2017).

Ideas para el cambio organizacional

Aunque formar a los profesionales sobre el sexismo, los estereotipos y los prejuicios en las organizaciones sanitarias es importante, es necesario ir más allá para reducir y prevenir las desigualdades de género. Son necesarias estrategias centradas en la creación de un clima para el cambio basadas en intervenciones que faciliten la integración de colectivos de profesionales tradicionalmente discriminados:

1. Cambio de las normas institucionales

Las normas son los patrones convencionales de comportamiento que un grupo social considera aceptables (por ejemplo, se espera que las mujeres sean amables y afectuosas; se espera que los hombres sean competentes y fuertes). Estas normas tienen una poderosa influencia en los comportamientos y no ajustarse a ellas es penalizado socialmente. Como resultado, en la medicina las mujeres se socializan en especialidades médicas más comunes (p. ej., medicina familiar) y los hombres en otras consideradas más complejas, como la cirugía. Los gobiernos financian de manera más generosa las especialidades más masculinizadas antes que la medicina familiar, considerada, teóricamente el centro del sistema sanitario (World Health Organization, 2008). Sin embargo, se ha señalado, que para reducir las desigualdades en general, y las de género en particular, son necesarios cambios organizativos con un claro compromiso de las personas con roles de liderazgo y con unas conductas que reflejen ese discurso (Kang & Kaplan, 2019).

2. Creación de una cultura en la que las y los profesionales se sientan responsables del cambio

Una de las razones por las que los programas de formación en la diversidad suelen ser tan poco efectivos es que desafían el sentido de autonomía, autodeterminación y control de las personas. Se observan mejores resultados con programas centrados en la necesidad de autonomía de las personas, que aumentan el contacto entre grupos diversos, fomentan el compromiso personal e incluyen a todos los miembros de la organización y no sólo a aquellos que forman parte del grupo objetivo de la intervención (Kalev, Dobbin, & Kelly, 2006).

3. Elaboración de planes de acción

Para avanzar hacia el objetivo de la igualdad de género, es importante poner más énfasis en los comportamientos que en las actitudes. Las organizaciones sanitarias deben establecer planes de acción que definan claramente las fases, los valores y los objetivos, y especifiquen los indicadores que se utilizarán para medir el éxito, al tiempo que se tienen en cuenta las posibles barreras que se pueden interponer en el proceso (Kang & Kaplan, 2019).

Conclusión

En las organizaciones sanitarias, las médicas sufren discriminación que se manifiesta de formas diversas. Las intervenciones centradas exclusivamente en los cambios de actitudes individuales han fracasado. Son necesarios cambios organizacionales impulsados desde puestos de liderazgo con un papel protagonista de los propios trabajadores y trabajadoras.

Referencias

- Adesoye, T. et al. (2017). Perceived Discrimination Experienced by Physician Mothers and Desired Workplace Changes. *JAMA Internal Medicine*, 177(7), 1033.
- Arrizabalaga, P. et al. (2014). Gender inequalities in the medical profession: are there still barriers to women physicians in the 21st century? *Gaceta Sanitaria*, 28(5), 363–368.
- Betron, M. et al. (2019). Time for gender-transformative change in the health workforce. *The Lancet*, 393(10171), e25–e26.
- Coe, I. et al. (2019). Organisational best practices towards gender equality in science and medicine. *The Lancet*, 393(10171), 587–593.
- Hooks, B. (2016). Feminism is for everybody. *Ideals and Ideologies: A Reader*, 393(10171), 453–459.
- Journath, G. et al. (2010). Physicians' gender is associated with risk factor control in patients on antihypertensive and lipid lowering treatment. *Blood Pressure*.
- Kalev, A. et al. (2006). Best practices or best guesses? Assessing the efficacy of corporate affirmative action and diversity policies. *American Sociological Review*.
- Kang, S. K. & Kaplan, S. (2019). Working toward gender diversity and inclusion in medicine: myths and solutions. *The Lancet*, 393(10171), 579–586.
- Moss-Racusin, C. et al. (2012). Science faculty's subtle gender biases favor male students. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109(41), 16474–16479.
- Shannon, G. et al (2019). Gender equality in science, medicine, and global health: where are we at and why does it matter? *The Lancet*, 393(10171), 560–569.
- Shen, H. (2013). Mind the gender gap. *Nature*, 495, 22–24.
- Tsugawa, Y. et al. (2017). Comparison of Hospital Mortality and Readmission Rates for Medicare Patients Treated by Male vs Female Physicians. *JAMA Internal Medicine*, 177(2), 206.
- Wallis, C. et al. (2017). Comparison of postoperative outcomes among patients treated by male and female surgeons: A population based matched cohort study. *BMJ (Online)*.
- World Health Organization. (2008). The World Health Report 2008. Primary Health Care - Now More Than Ever. In *WHO*.

cosas de abuela



Margarita López Carrillo

Hace poco que he entrado en el limbo de las abuelas. Pero no ha sido automático: aquello de tengo una nieta y entro en el limbo. No. Antes, he vivido terremotos, placas tectónicas desplazándose a lo loco sobre mi subsuelo en ebullición...

Cuando mi hijo (ese que hace cuatro días, qué digo cuatro, ¡dos!, era él mismo un bebé) me dijo que su novia y él "estaban embarazados", me sentí feliz. Pero casi enseñada, sentimientos menos guay empezaron a subirme a la superficie, como la espumilla negruzca que flota cuando el caldo empieza a hervir. Iba a ser abuela, luego, ¡ERA VIEJA!, me miraba en los escaparates y veía una "yaya" decrepita. Y cuando mi imagen de octogenaria y la real se fueron acompasando hasta casi encajar: ¿Seré una buena abuela?, la misma pregunta que me había hecho mi hijo sobre sí mismo, y yo, sorprendida, que qué tontería de pregunta era esa, jajaja, que no había padres perfectos, blablablá; y mira ahora. Y cuando logré visualizarme como abuela "suficientemente buena", la niña ya estaba aquí y era el nuevo amor de mi vida pero, ¡ay!, ¿qué lugar ocupaba yo en la suya? No la podía ver, tocar, oler, sentir cada día, como me pedía el cuerpo, sin arriesgarme a que los papis de la criatura me echaran a patadas, como está mandao. Cuánto me costó aceptar que era MI nieta, no MI hija, así que, ¡otra sacudida grado seis en la escala de Richter!

Y para rematar: los CELOS. Pensaba cosas tristísimas como que ahora mi hijo querido tenía una mujer y una hija a quienes querer y, claro, yo ya no le hacía falta; que la madre de la criatura, esa chica encantadora que había pedido expresamente mi presencia en su parto, no me quería, no me podía querer -a pesar de todas las pruebas en contra, pero ¿qué son los endeble argumentos de la realidad frente a la fortaleza incontestable de los fantasmas interiores?-, porque las nueras no quieren a sus suegras, todo el mundo lo sabe, ¡mi madre no quería a su suegra!

El caso es que ahora la "Chiqui" ya tiene 10 meses y yo por fin me he calzado las alas de abuela y voy y vengo de mi piso de la calle Rosselló al limbo de las abuelas sin dificultad.

Y nada volverá a ser como antes en mis continentes. Eso seguro.



Gabriella Bianco
Psicóloga Perinatal y Psicoterapeuta

LA DEPRESIÓN POSTPARTO: ¿problema de salud o nicho de mercado?

Cuando MyS me invitó a escribir este artículo fue justo tras la noticia que anunciaba en prensa la aprobación por la FDA (Food & Drug Administration de EEUU) de un nuevo fármaco, un antidepresivo diseñado ad hoc para la Depresión Postparto (DPP). Acepté pero al poco tiempo, me invadió el sentido de responsabilidad y, como no soy capaz de estarme quieta y quedarme satisfecha con la sencillez de la experiencia clínica, complementada por la regular lectura de las publicaciones que consulto para mantenerme actualizada, empiezo a investigar más allá, siguiendo el hilo de la Brexanolona, el neuroesteroide que compone el fármaco en cuestión, y termino descubriendo que soy más ingenua de lo que pensaba.

Sumergida en la lectura de artículos de naturaleza de lo más dispar me doy cuenta de que, cuanto más leo, menos sé. Me siento confundida y un tanto necia por no ser capaz de abrirme camino en "la selva" de noticias (más o menos serias) acerca de una materia que -se supone- es mi área de trabajo e investigación desde hace más de 30 años. Y concluyo que mi cerebro no está entrenado para presuponer y detectar las fakenews o campañas de prevención (¿o de marketing?) tendenciosas con la agilidad hoy necesaria. Así que el trabajo se convierte en un andar sobre huevos para encontrar agujas en el pajar y así poder hilar fino... ¡vamos, pues!

La depresión y la mujer son grandes protagonistas de campañas de prevención de Salud Mental, artículos, reportajes, investigación, guías y programas de intervención específicos.

La OMS afirma que en 2020 la depresión será la primera causa de incapacidad tras las enfermedades cardiovasculares. La incidencia de este trastorno del estado de ánimo (a diferencia de otras enfermedades psiquiátricas) afecta a las mujeres en una prevalencia de 2 a 1 con respecto a los hombres. También terminan siendo las mujeres quienes consumen en la misma proporción antidepresivos, cuyo uso se ha triplicado en España en la última década. Definitivamente nos hemos convertido en pocos años en una franja suculenta para el mercado de la enfermedad. Son asombrosos los argumentos de la sociedad científica para explicar el mayor riesgo de depresión de las mujeres: desde las "alteraciones hormonales" implícitas en nuestra naturaleza, hasta las condiciones psicosociales y culturales propias de la vida de las mujeres en nuestro planeta... En definitiva, parecemos estar condenadas a ser víctimas del mal funcionamiento de nuestro propio cuerpo y a no poder gozar de buena salud por el hecho de estar aquí ¡de estar vivas!

También la salud mental de las (futuras) madres está siendo cada vez más objeto de interés para la investigación a nivel mundial, especialmente por lo que concierne a la depresión postparto. La OMS publicó una guía para su detección y tratamiento en 2015, señalando un alarmante 40% de madres que sufren trastornos psiquiátricos tras el parto en los países industrializados. La bibliografía especializada nos muestra una incidencia de depresión postparto entre un 10% y un 28%, sin diferenciar entre DPP y "baby blues", omitiendo los aspectos relevantes para un diagnóstico diferencial y casi siempre ignorando los aspectos psicosociales y sociopolíticos que inciden de forma aplastante sobre la condición de las madres de nuestros días.

Cuando hablamos de depresión postparto no es fácil llegar a un consenso entre profesionales de la Salud Mental, incluso entre los de Salud Mental Perinatal. La psiquiatría biologicista advierte acerca de una seria infravaloración de esta dolencia que, no reconocida, diagnosticada y tratada a tiempo, podría conducir a un incremento de su alcance o a una posible derivación en patologías psiquiátricas más graves. Existen también voces negacionistas (Gøtzsche, 2015) o quienes incidimos en los efectos nocebo de los exacerbados controles a lo largo de toda la gestación, de una atención al parto aún demasiado medicalizada, patologizante o violenta y un seguimiento del postparto deficitario, que deja a las madres y criaturas en completa soledad, a merced de la creciente presión e invisibilidad social de una maternidad maltratada, que deviene enferma casi por sistema.

Se habla de depresión postparto en etapas cada vez más próximas al parto, tanto durante el postparto como durante el embarazo. Se describen (futuras) madres que no disfrutaban de su condición, que no se sienten capaces de cuidar, nutrir y proteger a sus criaturas, que no logran una sana construcción de la identidad materna, disociadas de esta faceta creadora y cíclica de su vida sexual... "madres no aptas", en definitiva. Y el sistema decide, etiqueta y medica para que la sonrisa vuelva rápidamente a aparecer en el rostro materno digno de postearse casi sin filtros en las redes sociales. Y, con todo ello, a menudo olvidamos que el primer trimestre después del parto es un período de adaptación al cambio, tanto para la madre, como para el bebé y la nueva familia. ¿Qué recursos tenemos para afrontar los cambios? ¿Qué dispositivos y apoyos ponemos a disposición de las mujeres y sus familias para facilitar y promover la adaptación a esta nueva etapa vital? Estas preguntas me asaltan desde hace más de una década.

Si bien sabemos que existen en el mercado antidepresivos efectivos y compatibles con la lactancia materna, y también que la misma opera como agente protector para la prevención de la depresión postparto (Olza, 2011), y que existe la posibilidad de prevenir su manifestación incidiendo en programas grupales desde la prevención psicosocial y la promoción de la salud perinatal (Schmid, 2007), ¿por qué el mercado ha preparado un nuevo fármaco especialmente dedicado a (futuras) madres deprimidas? La Brexanolona recién lanzada en EEUU no cumplió con los criterios de valoración clínica para la epilepsia, por lo que la farmacéutica no dudó en darle un nuevo “empaquetado” al descubrir sus propiedades antidepresivas. Se aprovecha así el “nicho” de la maternidad, aún descubierto de medicación psiquiátrica específica. Se prometen resultados inmediatos tras un solo tratamiento de un mes. Imagino con desconcierto a puerperas recibiendo esta medicación por vía intravenosa continuada quedando hospitalizadas y monitoreadas continuamente durante las 60 horas de tratamiento, y 12 horas después para supervisar los posibles efectos adversos (dolor de cabeza, mareos, náuseas, somnolencia, fatiga, hasta la pérdida total de conciencia (Witczak, 2019); desconociéndose los efectos del fármaco sobre los bebés amamantados). Me preocupa pensar en la separación forzosa de la diada y en las posibles y previsibles consecuencias, como la interrupción de la lactancia materna o la sensación de abandono por parte de la criatura separada de su madre. Sin embargo, y a pesar de la inconsistencia clínica frente al placebo, que reflejan los dos únicos ensayos realizados, el laboratorio está desarrollando la pastilla para su más ágil consumo.

Como psicóloga perinatal siento preocupación frente a la clara tendencia de psicopatologización de la maternidad en lugar de estudiar e implementar medidas más sencillas (y ciertamente menos costosas) que promuevan la salud y bienestar perinatales, así como para afrontar los casos más graves de depresión postparto, cuando la medicación se considera oportuna, como complemento a la psicoterapia especializada. Todo apunta a que este es solo el último de una (demasiado) larga lista de drogas diseñadas para la mujer, prometiendo rápidas y efectivas soluciones, basadas en una evidencia de eficacia mínima y potenciales efectos adversos parcialmente estudiados.

Creo urgente preguntarnos ¿por qué querría la naturaleza que la mujer –fuente de vida y de la más distinguida forma de creatividad de la especie humana- se encuentre periódicamente frágil, triste, confundida, enferma? ¿Por qué nuestro organismo, nuestro sistema psiconeuroendocrino y nuestra naturaleza cíclica, tan afín al funcionamiento cíclico de



nuestra Madre Tierra, estarían pre-programados para fallar, en lugar de para sostenernos en salud y bienestar?!? Creo seriamente necesario revisar los mensajes destructores y pesimistas acerca de la naturaleza femenina, sobre los cuales se fabrican enfermedades y remedios que atacan de forma cada vez más insistente la maternidad, como si la depresión postparto se hubiera convertido en un elemento casi implícito al pasaje de mujer a mujer-madre.

Quisiera concluir con una reflexión propuesta por Juan Gervás y Mercedes Pérez-Fernández (2016) que tengo siempre presente: la ciencia biomédica, que pone el síntoma en el centro y a la mujer en el margen, empleándola de manera cada vez más desafortunada como conejillo de Indias para “nuevos y ambiciosos descubrimientos”, está valiéndose de un prisma de valoración y juicio patriarcal exclusivamente lineal, nunca cíclico.

¿Responderá a este fenómeno el lanzamiento de Brexanolona para la depresión postparto?

Bibliografía:

- J. Gervás & M. Pérez-Fernández. El encarnizamiento médico con las mujeres. Los libros del Lince, Barcelona, 2016.
- P. Göttsche. Medicamentos que matan y crimen organizado. Los Libros del Lince, Barcelona, 2014.
- Olza et. al.. Lactancia para psiquiatras: Recomendaciones sobre el empleo de psicofármacos en madres lactantes. In: Archivos de Psiquiatría. 2011;74:2.
- Organización Mundial de la Salud: Thinking Healthy, a manual for psychosocial management of perinatal depression, 2015. http://www.globalmentalhealth.org/sites/default/files/WHO_MSD_MER_15.1_eng_0.pdf
- V. Schmid. Gli ormoni, gli eterni imputati. In: D&D n° 58, sept 2007.
- Witczak, K., 2019. “Breakthrough” Treatment for Postpartum Depression: Game Changer or Misguided Magic Bullet? <https://www.madinamerica.com/2019/03/breakthrough-treatment-for-postpartum-depression-game-changer-or-misguided-magic-bullet/>



Laia Lleó Godall

Bióloga e Historiadora de la ciencia

MYS BAJO EL FOCO señalando fortalezas y debilidades

Este artículo es un breve resumen de 3 meses de prácticas en el Centre d'Anàlisi i Programes Sanitàris (CAPS). Una experiencia dual que ha implicado vivencias tanto personales como profesionales, gracias a las cuales el proceso ha sido tan enriquecedor.

Mi colaboración con CAPS empezó gracias al Master interuniversitario (UB-UAB) de Historia de la Ciencia (especialidad de Cultura Material, Patrimonio y Comunicación Científica), ya que como parte del currículo académico debía completar 225h de prácticas en alguna empresa o entidad relacionada de una u otra forma con el tema elegido. Como muchas sabréis, el CAPS es una asociación científica sin ánimo de lucro que pretende agrupar profesionales, ciudadanos y ciudadanas interesados en contribuir a la reflexión y a la investigación en torno a los problemas relacionados con la salud desde una perspectiva sociosanitaria y de género, y a través de un planteamiento pluridisciplinar. Como también sabréis, entre otras cosas en CAPS existe un grupo de trabajo llamado Mujeres, Salud y Calidad de Vida, que impulsa la Red de Mujeres Profesionales de la Salud y que, desde 1996, edita la revista Mujeres y Salud. Teniendo en cuenta todo esto, cuando se me presentó la oportunidad de hacer las prácticas en CAPS no lo dudé, ese era el sitio donde tenía que estar.

Fueron 3 meses intensos de trabajo centrado en realizar un análisis de las herramientas comunicativas de la revista y hacer propuestas para mejorar sus estrategias de divulgación. Y es justamente eso lo que vengo a compartir, las conclusiones sacadas después de horas y horas de observación, colaboración y trabajo codo con codo con las mujeres que sacan adelante la revista.

Un poco de contexto histórico

Como muchas investigadoras han señalado, históricamente la medicina hegemónica ha sido construida sobre una visión patriarcal de las mujeres y de su salud, resultado de siglos y siglos de construcción del conocimiento médico por parte de hombres blancos y heterosexuales que plasmaron en la medicina su visión del mundo y de las mujeres. Y todas sabemos que ni la historia ni la ciencia oficiales han sido muy generosas en sus discursos y prácticas con las personas categorizadas como mujeres. Toda diferencia con el modelo masculino se ha obviado o ha sido interpretada como una patología. La salud de las mujeres se ha considerado solo en

términos reproductivos, fragmentando la atención médica y focalizándola solo en el aparato reproductivo así como patologizando los estadios vitales en que los cuerpos con útero no son reproductivamente activos (Valls-Llobet, 2014). Dándose cuenta de todo esto, durante los años 80 y 90 del siglo XX, investigadoras de todo el mundo empiezan a poner en cuestión esta intrincada red de valores y discursos machistas y androcéntricos, ponen sobre la mesa sus consecuencias directas en el tipo y calidad de atención médica que las mujeres reciben, y empiezan a hacer también propuestas para integrar miradas feministas y no sesgadas en la ciencia médica. Es en este contexto que CAPS pone en marcha el programa Mujeres, Salud y Calidad de vida (1990), que pocos años más tarde empieza a publicar la revista MyS con el objetivo de dar información sobre la salud de las mujeres, libre de cargas patriarcales y machistas, y de intereses comerciales y económicos.

El rasgo distintivo

Mi análisis de la revista empezó a partir del material vivencial e intangible que me habían aportado las prácticas en CAPS. Al plantearme en qué quería centrar mi TFM (Trabajo Fin de Máster) tuve que pensar qué era exactamente lo que quería extraer de mi experiencia práctica, y se me hizo evidente que si quería entender los procesos comunicativos de la revista primero debía analizar qué los caracterizaba: ¿Cuál era el rasgo distintivo de MyS? ¿Qué la diferenciaba de otras revistas de divulgación médica? La respuesta es que comunica posturas alternativas, tanto a nivel de contenido como de forma: por un lado, aborda temáticas de salud desde perspectivas que escapan deliberadamente de la hegemonía médica, que son críticas y transformadoras, y por otro, da voz a la experiencia, tanto profesional como vivencial.

Mujeres y Salud hace una crítica frontal constante a la medicina hegemónica asentada sobre epistemologías tradicionales androcéntricas. También apela a los sujetos identificados como mujeres no solo como receptores, sino como agentes válidos en la generación de contenido, y lo hace desdibujando la línea entre profesionales y no profesionales. Da voz a puntos de vista tradicionalmente excluidos, y la agencia epistemológica no recae solo en personas expertas y profesionales, sino en los propios objetos de análisis que se convierten a la vez en sujetos con voz gracias a sus experiencias desde

los márgenes, desde la exclusión, desde el contrapoder, desde la soledad o desde la autoorganización. De este modo, se validan y legitiman los saberes por haberlos vivido, no solo por haber teorizado sobre ellos.

Procesos de inclusión y exclusión

Como digo, MyS comunica un corpus de conocimiento experto-experiencial, combinando artículos escritos por profesionales de la salud con artículos escritos desde la experiencia de quien padece algún proceso de salud-enfermedad, ya sean experiencias individuales como procedentes de activismos relacionados con la salud (García-Dauder, 2017). Pero, al ser las mujeres el sujeto que se erige como interlocutor y destinatario, hay personas que se pueden sentir excluidas de los discursos de la revista. Muchas veces el término mujeres presupone una identidad única de todas las personas socializadas como tal, universalizando esta categoría desde posiciones blancas, burguesas y europeas, generalizando sus experiencias y obviando otros ejes de opresión que pueden atravesar a las personas. Este hecho puede ser un elemento condicionante sobre la recepción de la revista entre personas que puedan no sentirse identificadas dentro del sistema sexo-género, ya sea o bien por la dicotomía que lo define (y por lo tanto excluye personas que no se sientan identificadas con el binomio hombre-mujer), o por el racismo de género que este esconde .

En este sentido, es interesante reflexionar sobre los públicos a los que llega la revista, analizados a través de una encuesta enviada la primavera de 2018 a las suscriptoras de ésta. El análisis de las respuestas reflejó que los públicos de MyS son reducidos y con perfiles muy concretos: en términos generales se trata de mujeres de entre 35 y 75 años, con estudios superiores y que residen en núcleos urbanos. Qué se podría hacer para cambiar ésto es algo que puede estar relacionado con la mencionada problematización del sujeto mujeres, pero también con las herramientas de divulgación de la revista y sus estrategias de comunicación. El objetivo último de MyS es llegar al máximo número de mujeres, pero esto no siempre se consigue y es necesario tomar consciencia de ello como primer paso para llegar a sectores con otras necesidades, desde hombres, personas trans o intersexuales, hasta mujeres con otras realidades: sin estudios, migradas, racializadas y/o con contextos socioeconómicos precarios.

Algo excepcional no es algo perfecto

Excepcional es aquello que constituye la excepción de la regla común. MyS escapa de las concepciones clásicas que se tiene de revistas de divulgación científica: desarrolla una gestión multidimensional de los saberes partiendo de una resignificación de los procesos de participación con la voluntad



de establecer relaciones epistemológicamente horizontales. Pero algo excepcional no es algo perfecto, y está claro que MyS no exprime toda su potencialidad. Una revista como esta desmonta los esquemas minuciosamente elaborados entorno a la salud por las industrias médico-farmacéuticas y lobbies políticos como si de un castillo de naipes se tratara. Me atrevo a decir que si consiguiera llegar a más gente el poder de sus discursos sería hasta peligroso. Pero hace falta descubrir y entender cuáles son exactamente las cosas que hace falta cambiar para que más personas se sientan incluidas en sus discursos, se sientan interpeladas. Hace falta una revisión de los colectivos que están siendo excluidos para poder cambiar esto. Hace falta llegar a más gente, tanto a destinatarias como a productoras, para que Mujeres y Salud sea aún más transformadora de los que ya es.

La Historia de la Ciencia ha sido mayoritariamente una historia masculina, blanca y burguesa, pero a pesar del control y dominio de quien tenía el poder, los cuerpos profanos han encontrado herramientas para escapar de la opresión y generar, a escondidas, conocimiento sobre sus cuerpos alejado del hegemónico. Mujeres y Salud se presenta como un instrumento imprescindible para continuar tejiendo un conocimiento libre de dominaciones, controles o influencias políticas y económicas. La tarea de publicaciones como MyS reaviva la chispa de la reapropiación de los cuerpos tradicionalmente subyugados y de su salud. Que así sea por mucho tiempo más.

Para saber más: pdf del TFM (en catalan)

http://www.caps.cat/images/stories/TFM_Laia_Lle%C3%B3-Godall.pdf



GUÍA DE TÓXICOS Y EMBARAZO cómo proteger a nuestro bebé y a nosotras mismas

Laura Espart Herrero

Comadrona

Anna Espart Herrero

Comadrona

Associació de Llevadores de Catalunya

www.llevadores.cat/publicacions/acl

¿Qué son los disruptores endocrinos?

El ser humano, como conjunto de órganos que conforman sistemas, está regulado por el sistema endocrino. Las hormonas, que organizan y modulan las funciones de nuestro metabolismo, se ven cada vez más afectadas por el entorno, haciendo que respondan de manera alterada bloqueando o sobreestimando su respuesta.

Productos de limpieza, productos cosméticos, plaguicidas, barnices, envases de plástico, productos de PVC, juguetes y muchos otros de uso cotidiano son los responsables de facilitarnos la vida pero también de enfermarnos.

Y las mujeres somos las que nos llevamos la peor parte porque, sometidas a las normas sociales de belleza, debemos lucir un cuerpo determinado fruto del uso de cosméticos. Y por otro lado, solemos hacer las tareas del hogar (limpieza, colada, compra, cocina) y nos ocupamos del cuidado familiar. Además, biológicamente tenemos una proporción de grasa corporal superior a la de los hombres, lo que facilita la acumulación de sustancias lipofílicas como las hormonas y sustancias exógenas que se comportan como tal.

Las mujeres también somos responsables de la exposición a contaminantes ambientales del futuro hijo durante la gestación, ya que el feto está expuesto, así como la madre, a cualquier producto, sustancia o alimento. Contaminación que llega a la siguiente generación a través de las células germinales que se desarrollan en el feto.

La vida fetal representa, pues, un periodo de vulnerabilidad extrema porque a diferencia de cualquier persona adulta, el feto no puede eliminar por completo las sustancias que le llegan a través de la sangre del cordón umbilical. Esta ventana de susceptibilidad que representa el embarazo es la mejor oportunidad para concienciar a las mujeres, a las familias y, por extensión, a la sociedad, del peligro que representa la exposición a sustancias que distintas organizaciones como la OMS cataloga como Disruptores Endocrinos.

Los Disruptores Endocrinos afectan a la salud, influyendo en el desarrollo de cánceres y/o alteraciones de la fertilidad, alteran la salud reproductiva (pubertad precoz, malformaciones del aparato genital femenino y masculino, infertilidad), producen patologías como trastornos metabólicos (diabetes,

obesidad), cardiovasculares y alteraciones neurológicas (las que conllevan mayor coste sanitario asociado) y que son cada vez más frecuentes.

En 2012 la OMS ya publicó un primer y extenso informe reconociendo la existencia de más de 800 sustancias catalogadas como disruptores endocrinos y que explican el aumento de enfermedades no asociadas a factores genéticos.

Más recientemente y en nuestro entorno, podemos encontrar los trabajos de investigación sobre tóxicos y sistema endocrino el Dr. Nicolás Olea, el epidemiólogo Miquel Porta, el catedrático en Salud Pública Jordi Sunyer o la endocrinóloga Dra. Carme Valls Llobet, todos ellos profesionales que están dando visibilidad, basada en evidencia científica, a los efectos que causa la exposición de los contaminantes ambientales en salud.

Orina, placenta, sangre de cordón, leche materna y sangre menstrual son los fluidos o tejidos donde se han detectado sustancias tóxicas para nuestro organismo. Pero también en el meconio de los neonatos, como se ha demostrado en un estudio piloto llevado a cabo a finales de 2016 en el Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, donde se compararon los hábitos higiénicos de las madres durante la gestación y las muestras de meconio de los recién nacidos. Los resultados evidenciaron que todas las muestras, tanto si las madres habían utilizado pocos o muchos productos de higiene durante el embarazo, eran positivas a los disruptores estudiados.

El gran problema de las sustancias disruptoras es que no podemos definir la dosis que puede alterar nuestro sistema hormonal. Para estas sustancias, la mítica frase de Paracelso "todo es veneno, nada es veneno, solo la dosis hace el veneno" no es válida porque dependerá del momento de exposición y del equilibrio hormonal previo a la misma exposición.

La guía

la Associació Catalana de Llevadores es una sociedad científica que, entre otros objetivos, vela por la mejora de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y sus familias y no puede ni debe quedar al margen de las últimas evidencias.

Las matronas, durante las visitas del embarazo, informan a las mujeres de las recomendaciones para favorecer un embarazo saludable: realizar las pruebas de control y seguimiento, evitar tóxicos (tabaco, alcohol, drogas), seguir una dieta saludable y hacer ejercicio físico. Sin embargo, no están informando de los riesgos que conllevan los estilos de vida actuales, probablemente porque son desconocidos para la mayoría de los sanitarios y de la población en general.

Por eso, hemos creído oportuno elaborar documentación específica tanto para las mujeres como para las matronas

para que conozcan la situación y cómo se puede reducir o evitar la exposición a disruptores endocrinos.

Siguiendo las recomendaciones internacionales y las de los expertos, se aconseja:

En el hogar:

- ventilar cada día la casa para dispersar las sustancias acumuladas que generan dispositivos electrónicos, muebles y pinturas.
- reducir el número de productos de limpieza y priorizar el uso de productos naturales como el vinagre, el limón, el bicarbonato y los aceites esenciales.
- evitar alimentos enlatados ya que contiene un recubrimiento interior plástico, probablemente con bisfenol A, así como los recipientes de plástico para conservar alimentos, sobre todo si se van a calentar.
- priorizar el uso de contenedores de vidrio.

En el baño:

- reducir el número de cosméticos y productos de higiene corporal.
- evitar tintes capilares, esmalte de uñas, maquillaje y perfumes durante el embarazo.
- si se usan cosméticos, que sean con la composición más sencilla y natural posible y sin perfume, ya que acostumbran a ser más inocuos.
- los jabones y champús en formato sólido (pastilla) contienen menos ingredientes que su versión en formato líquido y suelen llevar menos disruptores endocrinos.
- los protectores solares de pantalla física, formulados con sustancias minerales como el dióxido de zinc o de titanio, no contienen nanopartículas que puedan pasar al torrente sanguíneo, como si suelen llevar los de pantalla química.

Después del nacimiento:

- minimizar el número de productos de higiene del recién nacido: a menor exposición, menor riesgo.
- para la higiene del bebé, la mejor opción es usar productos naturales como los aceites de almendra y los jabones naturales, y agua y esponja en vez de toallitas.



- evitar el uso de colonias y perfumes.

- la lactancia materna siempre aporta mayor beneficio frente a la leche de fórmula pero si se opta por la lactancia artificial, se deben recomendar los biberones de vidrio.

- priorizar los juguetes de madera y materiales naturales en lugar de plástico para evitar el riesgo de contacto con los BPA.

- usar pañales de tela es una buena opción para los bebés y el medio ambiente.

Cómo evitar que los disruptores endocrinos entren en casa:

- Limpiar y lavar los alimentos como frutas y verduras cuidadosamente antes de ser consumidos, así como el utillaje de cocina antes de ser usado por primera vez.
- Rechazar los materiales plásticos y priorizar el acero inoxidable, el vidrio, la madera, el cartón y la tela.
- Consumir alimentos cuanto menos procesados mejor y con el menor número de ingredientes.
- Elegir preferiblemente productos orgánicos o ecológicos convenientemente certificados que aseguren que los ingredientes que contienen no son nocivos para la salud.
- Priorizar alimentos frescos, de proximidad y de temporada ya que suelen estar más libres de sustancias tóxicas.
- Leer las etiquetas de productos de limpieza y alimentos para familiarizarse con los ingredientes es la mejor manera para hacer una compra consciente de productos menos perjudiciales.

Por último

Aunque esta información continúa sin suscitar mucho interés en la población ni está en el orden del día de ninguna agenda política, nacional o internacional, las matronas, como profesionales de la salud que estamos con las familias desde el nacimiento y durante toda la etapa reproductiva de las mujeres debemos LIDERAR un cambio en mujeres y familias y motivarlas a exigir una transformación general de los estilos de vida y la comercialización de productos menos tóxicos, más transparente y más ecológicos.

BIBLIOGRAFIA

- WHO/UNEP, State of the science of endocrine disrupting chemicals - 2012. An assessment of the state of the science of endocrine disruptors prepared by a group of experts of the United Nations Environment Programme (UNEP) and WHO. , A. Bergman, et al., Editors.2012. Geneva
- Valls-Llobet, C. Medio ambiente y salud: mu-

eres y hombres en un mundo de nuevos riesgos. Cátedra. Madrid. 2018

- Espart-Herrero L, Espart-Herrero A. Disruptors endocrins i gestació. Què cal saber? Què cal aconsellar?. Associació Catalana de Llevadores. 2018. Disponible en: <https://www.llevadores.cat/publicacions/acl/1190-disruptors>
- Espart Herrero, A. Anàlisi de la presència de disruptors endocrins en nounats. Disseny d'una guia de consells per evitar l'exposició a

disruptors endocrins en embarassades. En: Inf. Lleida: Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida, vol. 2017, núm 22 octubre, p. 38-45. DL L-832-2012.

- Demeneix B. PhD, Slama R. PhD. Endocrine Disruptors: from Scientific Evidence to Human Health Protection. Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs. Directorate General for Internal Policies of the Union. European Parliament. March 2019



Pilar Parra Barrachina
Bióloga y Nutricionista
pilarparra1@orange.es

DIETA CETOX qué, quién, cuándo y cómo

La dieta occidental actual se caracteriza por contener una cantidad excesiva de proteínas y carbohidratos, que promueven el desarrollo de la resistencia a la insulina y a la leptina y, como consecuencia directa de ello, al estado inflamatorio del tejido adiposo, obesidad y niveles altos de azúcar y lípidos en sangre¹.

Según las investigaciones científicas actuales, la forma más eficaz de prevenir y revertir estos estados metabólicos es devolver al organismo su flexibilidad metabólica perdida, para ello hay que llevarlo a un estado de cetosis nutricional, para que quemar grasas como combustible principal en lugar de carbohidratos como hace habitualmente, esto es lo que se consigue al hacer una dieta cetogénica o cetox.

La dieta cetogénica está teniendo una gran difusión porque es un arma muy poderosa, pero hay que conocer cómo aplicarla, quién la puede realizar y quién no, y cuál es la duración adecuada, ya que no se tiene que seguir de forma indefinida, para que sea saludable. Es una dieta correctiva y optimizadora del metabolismo que ha perdido la capacidad de metabolizar las grasas; cuando esta situación se revierte, se puede reducir o abandonar la dieta.

¿En qué consiste?

Básicamente en el consumo mínimo de carbohidratos, cantidades moderadas de proteína y un consumo elevado de grasas saludables.

El cuerpo humano puede utilizar los carbohidratos y los lípidos como fuente de energía; en el caso de los carbohidratos, la energía se obtiene al metabolizarse en las células la glucosa obtenida de los alimentos ingeridos; en cambio con las grasas, el hígado produce cetonas, que las células utilizan como fuente de energía. El consumo de cetonas por las células es una fuente mucho más sana porque las grasas liberan, al metabolizarse, muchas menos especies reactivas de oxígeno (ROS) y radicales libres que los carbohidratos².

Beneficios

Precisamente esta flexibilidad metabólica es la que no tendrían las células cancerosas, por lo que no pueden adaptarse al uso de cetonas como fuente de energía como hacen las células normales, con lo que las células cancerosas mueren "de hambre"³. A esta hipótesis se le llama Efecto Warburg, y fue postulada por los estudios en 1942 de Otto

Warburg, ganador del premio Nobel. Esta sería la razón científica de la utilidad de la dieta cetox para luchar contra el cáncer.

Otros beneficios de alcanzar este estado metabólico pueden resumirse en pérdida de peso, acción antiinflamatoria, aumento de la masa muscular al acompañarla con ejercicio, reducción del apetito, disminución de los niveles de insulina, y, por encima de todo, mejora de la función mitocondrial de todas nuestras células⁴.

Además, *VanItallie et al⁵*, señalan que "Los cuerpos cetónicos que se forman en el organismo de forma natural siguiendo una dieta cetogénica -en especial el beta-hidroxibutirato- penetran directamente en las mitocondrias sin necesidad de moléculas transportadoras y son pues el combustible ideal para que estas generen ATP (adenosín trifosfato)". Y destacan que las cetonas son el combustible ideal para quienes sufren Alzheimer y Parkinson, porque además de mejorar la generación de ATP, se reduce la generación de radicales libres minimizando el daño oxidativo al proteger el ADN mitocondrial, por lo que recomiendan dietas cetogénicas para patologías neurodegenerativas.

Cómo se hace

En general, como ya he comentado la dieta se centra en un alto consumo de grasas saludables (70% de la dieta), proteínas en cantidades moderadas (25%), lo que representa para la mayoría de personas 1g. por kilo de masa corporal magra, lo que inhibirá la vía mTOR (receptor de la rapamicina, que cuando está activado estimula los procesos cancerosos); y muy pocos carbohidratos (5%), que son de 20 a 50g. al día de carbohidratos netos (sin contar la fibra). Desde luego estas proporciones se adaptarán a las condiciones de salud y metabólicas de cada paciente por el nutricionista. Y lo ideal es entrar en cetosis poco a poco para que el organismo se adapte y minimizar los posibles efectos secundarios.

Hasta cuándo

Cada persona reacciona de forma diferente a la cetosis, y le llevará un tiempo diferente entrar en ese estado, que puede variar de una semana a un mes, en general. Podemos confirmar si hemos entrado en cetosis utilizando las tiras medidoras de cetonas en orina que venden en las farmacias o, de

forma más exacta, si nuestras cetonas en sangre presentan en una concentración de más de 0.5mmol/l. Una vez alcanzada la cetosis podremos ir aumentando los carbohidratos lentamente siempre que sigamos monitorizando la producción de cetonas para mantenerlas en los niveles adecuados. Hay que decir que cuanto más tiempo nos mantengamos en cetosis más flexibles nos volveremos metabólicamente hablando. Pero lo saludable es, una vez alcanzada, hacer cetosis cíclica, o sea, incorporar 1-2 días a la semana donde aumentamos la ingesta de carbohidratos netos (100-150g.) y proteínas. Con esto evitamos que se produzca glucosa en el hígado (gluconeogénesis hepática).

Qué alimentos

Los hidratos de carbono permitidos serán verduras: espárragos, brócoli, coles de Bruselas, coliflor, apio, kale, champiñones, lechugas, judías verdes, calabacines y espinacas. Cocinadas a elección.

Esto significa que hay que eliminar azúcares y almidones, además de la leche porque contiene los carbohidratos galactosa y lactosa.

En cuanto a frutas solo se podrá tomar una pequeña cantidad de moras y arándanos, por el alto contenido en fructosa de las frutas actuales.

Los lípidos saludables serán el aguacate, aceite de coco, leche de coco, las provenientes del pescado azul (omega 3), aceitunas y aceite de oliva, mantequilla eco, frutos secos crudos como macadamias, almendras y nueces pecanas, semillas de calabaza, sésamo, chía, comino y cáñamo, escamas de cacao puro y quesos grasos como el cheddar, parmesano o Brie.

Las fuentes de proteínas serán las que se desee: carne de todo tipo, pescado y huevos.

Quién no debe hacerla

Las personas que no deberían hacer una dieta cetogénica serían las mujeres embarazadas o que están amamantando, las personas a quien se les ha extirpado la vesícula biliar, las que tienen antecedentes de cálculos renales, los niños o adolescentes, si se está delgado o se tiene anorexia, trastornos metabólicos o insuficiencia hepática o pancreática. Como cualquier cambio de alimentación la dieta cetogénica puede tener efectos indeseables en los primeros días como mal aliento, cansancio a corto plazo, micción frecuente, estreñimiento, antojos de azúcar o pérdida de cabello (que luego se repone).

Los resultados de la cetosis pueden ser evidentes desde la primera semana, aunque al principio la pérdida de peso será mínima.



Referencias

(Endnotes)

- 1 Zamora M, Villena JA. Targeting mitochondrial biogenesis to treat insulin resistance. *Curr Pharm Des.* 2014;20(35):5527-57. Review
- 2 Sarrett SG, Milder JB, Liang LP, Patel M. The ketogenic diet increases mitochondrial glutathione levels. *J Neurochem.* 2008 Aug;106(3):1044-51
- 3 Zhou W, et al. The calorically restricted ketogenic diet, an effective alternative therapy for malignant brain cancer. *Nutr Metab (Lond).* 2007 Feb 21;4:5
- 4 Ludwig, et al. Effects of a low carbohydrate diet on energy expenditure during weight loss maintenance: randomized trial. *BMJ.* 2018 Nov 14;363:k4583
- 5 VanItallie TB, Nufert TH. Ketones: metabolism's ugly duckling. *Nutr Rev.* 2003 Oct;61(10):327-41. Review



**Carmen
Sánchez-Contador
Escudero**

Mi cubo de agua helada

Desde que hace tres años muriera mi marido a causa de la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) prometí al equipo redactor de MyS escribir sobre mi experiencia/testimonio sobre esta devastadora enfermedad. Desde mi condición de sanitaria y cuidadora contrae una

deuda con él y con todas las personas afectadas: sensibilizar a la sociedad y contribuir a la mejora de la atención sanitaria y social... pero...que difícil me resulta expresar la incertidumbre, el desasosiego y la vorágine de emociones y sentimientos que se removieron y que aún hoy me invaden.

En primer lugar, hay que recordar que la ELA es una enfermedad del sistema nervioso central, caracterizada por una degeneración progresiva de las neuronas motoras en la corteza cerebral, tronco del encéfalo y médula espinal. Esta degeneración causa la pérdida de la capacidad de iniciar y controlar el movimiento muscular, ocasionando una atrofia que avanza hacia una parálisis progresiva. Además de la autonomía motora, se ven afectadas la capacidad de habla, la deglución y la respiración. Los primeros síntomas de la ELA pueden ser tan sutiles que a menudo se pasan por alto o se achacan a otras causas, y esto dificulta su diagnóstico.

Para que os hagáis una idea de lo que vivimos os copiaré extractos de una carta que envié a mi familia en abril de 2016:

"... Aunque posiblemente la enfermedad empezó a desarrollarse hace varios años, no fue hasta principios del año pasado que las disfunciones se hicieron notorias y empezamos el peregrinaje por diferentes especialistas (otorrino, digestivo, neumólogo, neurólogo, internista, analistas, inmunólogo, neurofisiólogo...) para encontrar la causa y el posible tratamiento".

"Fue en noviembre cuando la sospecha de que se trataba de enfermedad neurológica se hizo más evidente, pero con esperanza de que se tratara de alguna de las que, aun siendo graves, tienen tratamiento y posibilidad de alterar su curso. Así fuimos descartando enfermedad autoinmune, esclerosis múltiple, polineuropatía, atrofia muscular secundaria, afasia... Mientras tanto la enfermedad sigue progresando, aumentando rápidamente el deterioro físico. Ha perdido más de un 17% de su peso, a expensas de la musculatura que ya no existe. Habla y respira con dificultad y su deambulacion es lenta, titubeante y le supone un gran esfuerzo. A día de hoy

precisa estar acompañado, ayuda para ducharse y vestirse... Como podéis suponer esta precaria calidad de vida produce gran sufrimiento físico, anímico y espiritual."

"... Hemos tramitado la incapacidad laboral, el reconocimiento de grado de discapacidad y la situación de dependencia... Asimismo, vamos trabajando la despedida. Hemos hecho el testamento vital (voluntades anticipadas) y contactado con Derecho a Morir Dignamente."

"... las necesidades cada vez son y serán mayores... dejaré de trabajar para ocuparme y estar a su lado las 24 horas... cuento con la ayuda y apoyo de una gran red... Para cuidar necesito cuidarme."

El proceso de la enfermedad y la muerte de la persona con la que elegí vivir, acompañarle en su enfado con la vida, su deseo de no sufrir, palpar su rabia y tristeza, apreciar sus valores y convicciones, sentir que vivía por amor, su lucha por la dignidad de su vida... me han permitido sentir, reflexionar, analizar y cuestionarme sentimientos y emociones. Y evidenciar cuan necesitada está nuestra sociedad de debatir sobre la muerte.

Después, cuando encarrilé su sufrimiento y mi pérdida creando una asociación para ayudar a personas que puedan encontrarse en trances similares, me he encontrado con unas mujeres maravillosas que dedican su tiempo y su esfuerzo por la misma causa, pero sobre todo sigo recargando energía gracias a las mujeres y hombres que, padeciendo esta cruel enfermedad, dan ejemplo de elección de vida y de buena muerte, y a las cuidadoras y cuidadores que tan amorosamente hacen su rol. Y me satisface ver que, ante esta devastadora enfermedad, no hay distinción de género, ni en la forma de afrontar la enfermedad ni en los cuidados.

Cierro estas líneas con un poema de Amado Nervo que describe fielmente nuestra última etapa juntos:

*Me besaba mucho, como si temiera
irse muy temprano... su cariño era
inquieto, nervioso. Yo no comprendía
tan febril premura. Mi intención grosera
nunca vio muy lejos.
¡Él presentía!*

*El presentía que era corto el plazo,
que la vela herida por el latigazo
del viento, aguardaba ya... y en su ansiedad
quería dejarme su alma en cada abrazo,
poner en sus besos una eternidad.*

(21 de junio Día Mundial de Lucha contra la ELA, 22 de junio aniversario de la muerte de Pepe)

10 AÑOS DE VACUNA DEL PAPILOMA con eLLa Llegó eL escándalo

Sabíamos que la FDA había tenido manga ancha con los ensayos clínicos de los fabricantes de esta vacuna para su aprobación.

Que en España, la ministra de sanidad había sido enviada a otro ministerio tras negarse a incorporarla al calendario vacunal.

Qué la habían incorporado luego con prisas y "presiones" (según un máximo responsable de Salud Pública que nos convocó para abroncarnos por seguir defendiendo la moratoria).

Que los medios de comunicación pasaron de airear los casos de efectos adversos graves a acusar a los críticos con la vacuna (en gran parte epidemiólogos pro-vacunas) de anti-vacunas.

Que la OMS, cuyo máximo financiador privado es Bill Gates, que sólo da dinero para investigar "nuevas vacunas" (eufemismo de "vacunas innecesarias pero potencialmente lucrativas"), tiene un grupo de interés sobre el virus del papiloma, promotor del día internacional de esta virus (¿cómo?), el 4 de marzo, por cierto, y que este grupo (oh sorpresa), está formado por investigadores en nómina de diversas big farma.

Que el grupo de expertos de la EMA, que dictaminó que las niñas de Valencia ingresadas en la UCI eran histéricas, estaba también en nómina de los fabricantes de la vacuna.

En fin, sabíamos muchos trapos sucios convenientemente disimulados, y pensábamos, ¿ingenuamente?, que tarde o temprano el escándalo estallaría, como pasó con la THS para la menopausia, que los laboratorios y gobiernos acabarían en los tribunales, que rodarían cabezas y se pagarían cuantiosas indemnizaciones. Pero de momento, lo que está ocurriendo es lo contrario. Las instituciones en las que aún podíamos confiar por su rigor e independencia también están cayendo: primero,



hace unos meses, la respetadísima Colaboración Cochrane y ahora, casi al cierre (por eso no está en el dossier), The Lancet, una de las revistas médicas más prestigiosas, ha publicado una loa entusiasta a la vacuna basada en la tergiversación pura y dura de los datos en un perfecto ejercicio de prestidigitación estadística.

Este dossier que te presentamos recoge y desarrollo casi todo lo apuntado arriba y da mucha información para que las mujeres (y los/las profesionales responsables) tomen decisiones informadas.

Margarita López Carrillo



Trusted evidence.
Informed decisions.
Better health.

Cochrane
Community



Maryanne Demasi, PhD
Periodista científica

COCHRANE: ¿UN BARCO QUE SE HUNDE?

Ha estallado un escándalo en la Colaboración Cochrane, la organización científica más prestigiosa del mundo dedicada a las revisiones independientes de las intervenciones sanitarias. Uno de los miembros de la junta directiva de más alto perfil ha sido despedido, lo que ha dado lugar a que otros cuatro miembros de la junta organicen un éxodo masivo. Están protestando por lo que consideran un cambio de la organización hacia un enfoque de modelo de negocio comercial, lejos de sus verdaderas raíces del análisis científico independiente y debate público abierto.

Existe la preocupación de que Cochrane se esté preocupando más por la "promoción de la marca" y los "intereses comerciales" y dando menos importancia a la transparencia y la producción de "pruebas fiables".

Todo comenzó como un choque de personalidades a fuego lento, entre el presidente de la junta y un miembro de la junta, pero ahora se ha convertido en una espectacular guerra de palabras, donde los problemas subyacentes de Cochrane han salido a la superficie, con muchos informantes **prediciendo el comienzo del fin de Cochrane**.

La disputa

Empezó con lo que podrían ser percibidos como temas bastante triviales. Mark Wilson (director ejecutivo de Cochrane) acusó a Peter Gøtzsche (Centro Cochrane Nórdico) de utilizar el membrete de Cochrane en una denuncia que realizó ante la Agencia Europea de Medicamentos quejándose de su evaluación de los posibles daños de las vacunas contra el VPH y de testificar en un juicio sin declarar abiertamente que su testimonio experto expresaba opiniones "personales" y no una posición oficial de "Cochrane".

Gøtzsche es conocido por sus contundentes críticas sobre los daños de los programas de detección del cáncer de mama y el uso excesivo de fármacos psiquiátricos, y se ha referido a la industria farmacéutica como "crimen organizado". Pero su artículo más reciente, con los coautores Lars Jørgensen y Tom Jefferson, fue una crítica mordaz de la calidad y la metodología de la revisión de las vacunas contra el VPH de Cochrane². La reacción fue inmediata y la dirección de Cochrane acusó al equipo de Gøtzsche de causar daños a la reputación de la organización, alimentando a los anti-vacunas y arries-

gando "la vida de millones de mujeres en todo el mundo al afectar las tasas de captación de la vacuna". (...) Gøtzsche apoyó el trabajo de su grupo, provocando una revisión interna urgente en Cochrane. El 3 de septiembre de 2018, el Editor en Jefe de Cochrane, David Tovey, y su Subdirectora, Karla Soares-Weiser, emitieron una declaración afirmando que las críticas a la revisión de la vacuna contra el VPH habían sido "sustancialmente exageradas" e "inexactas y sensacionalistas".

La reunión de la Junta

La copresidenta, Marguerite Koster, concedió a Gøtzsche "cinco minutos" para exponer su caso. Los testigos en la sala dicen que Gøtzsche fue interrumpido constantemente antes de que se le pidiera que abandonara la sala mientras los otros miembros de la Junta Directiva discutían la situación. Gøtzsche ya no tuvo la oportunidad de defenderse.

Después de más de 6 horas de deliberación, los 12 miembros restantes del Consejo votaron sobre si Gøtzsche podía seguir siendo su 13º miembro del Consejo de Administración y seguir ejerciendo su trabajo bajo la licencia Cochrane.

Cinco votaron a favor de la permanencia, seis a favor de la destitución y uno se abstuvo. Al final, un voto "minoritario" [6 de 13] hizo que Gøtzsche dejara su puesto y perdiera su membresía Cochrane. Después de 25 años de servicio a Cochrane el autor de 17 revisiones Cochrane, Peter Gøtzsche, se enteraría oficialmente de su destino por correo electrónico. Varios miembros de la junta directiva se mostraron conmovidos por cómo se había tratado a Gøtzsche.

Al día siguiente, 14 de septiembre de 2018, cuatro miembros de la Junta de Gobierno dimitieron en solidaridad con Gøtzsche y porque sentían que tenía que ocurrir algo drástico para salvar a la organización. "Lo que debería ocurrir ahora es que todo el Consejo de Administración dimitiera y se comenzara de nuevo", dijo un miembro tras su dimisión.

El 15 de septiembre de 2018, una nota de los directores Cochrane y de los co-presidentes de la Junta Directiva declaró la dimisión de los cuatro miembros y que los recambios para la junta estaban en marcha, pero no mencionó la expulsión de Gøtzsche.

El barco de Cochrane se hunde

Los acontecimientos que han tenido lugar en los últimos días tienen consecuencias para Cochrane mucho más allá de la vergüenza pública de perder más de un tercio de su Junta de Gobierno.

Gran parte del trabajo científico de Gøtzsche en el Centro Cochrane Nórdico se ha centrado en exponer los defectos de los ensayos clínicos y la influencia indebida de la industria farmacéutica en la investigación médica.

Además, están las cuestiones planteadas en un editorial reciente, escrito por el Dr. Tom Jefferson del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford. Explica los problemas que existen detrás de la dependencia de los datos que tienen los artículos publicados en revistas, muchos de los cuales probablemente contengan un "sesgo insondable".

"Sabemos que las revistas biomédicas publican artículos (...) que en su mayoría son positivos y tienden a enfatizar los beneficios y minimizar o incluso ignorar los daños".

... La sorprendente respuesta de Jefferson a la pregunta de si deberíamos ignorar la evidencia de los artículos de las revistas fue: "probablemente", a menos que se tomen medidas urgentes para abordar el tema de la parcialidad en la información mediante la selección de las evidencias (cherry picking) y la manipulación de los resultados de la investigación.

Esto pone a Cochrane ante un problema enorme. El fin de la organización es la realización de revisiones sistemáticas. La evidencia básica, sobre la cual se basan estas revisiones, tiene pues, en gran medida, riesgo grave de sesgo, especialmente para las intervenciones en las que existe un gran mercado.

Dice Jefferson:

"Si la revisión está compuesta de estudios sesgados, en algunos casos redactados por escritores fantasmas o los estudios que no han sido publicados no se tienen en cuenta en la revisión, entonces "entra basura y sale basura"; lo que pasa es que la "basura que sale" se sintetiza sistemáticamente y se le pone un bonito logotipo de Cochrane en ella".

En cuanto a los datos detrás de las vacunas contra el VPH, el conjunto completo "... nadie fuera de los fabricantes de vacunas los han visto, ... ni los reguladores de los medicamentos ni ciertamente tampoco los científicos independientes", dice Jefferson. "Así que si me preguntaran qué opino de las vacunas contra el VPH, les diría: "No lo sé porque no he visto todos los datos"".

Además, Gøtzsche dice que la política de Cochrane con respecto a los **conflictos de intereses** de los autores de las revisiones es inadecuada. Actualmente, Cochrane permite que hasta la mitad de los autores de una revisión tengan conflictos de interés, una política que es ampliamente criticada por muchas personas de la organización y que es en gran medida desconocida por el público.

¿Por qué Cochrane no ha hecho nada al respecto?

... Los informantes dicen que una "posible preocupación" podría ser que Cochrane teme que las críticas de Gøtzsche a la revisión de las vacunas contra el VPH tengan un impacto negativo en el patrocinio que obtiene de la Fundación Bill y Melinda Gates.

Censura científica

Públicamente, Cochrane siempre ha mantenido que fomenta el debate sobre temas científicos, incluyendo los temas controvertidos. (...) Sin embargo, la realidad es muy diferente. *"No creen en la ciencia plural democrática",* dijo un miembro saliente de la junta directiva. *"La buena gobernanza de la ciencia siempre requiere debates abiertos. El prestigio de una institución científica tiene que ver con su capacidad de gestionar los debates críticos, no de censurarlos".* *"La ciencia necesita ser desafiada, no debe ser políticamente correcta, no es una búsqueda de consenso",* dice Gøtzsche. *"No se puede decir que un desafío público a la ciencia sea 'controvertido', ese es un término peyorativo. Es simplemente lo que nuestro trabajo como científicos requiere de nosotros".*

El futuro de Cochrane

Cochrane se encuentra en una crisis moral y muchos dicen que ha perdido el liderazgo democrático. *"En docenas de asuntos, la Junta sólo puede votar a favor o en contra con muy pocas oportunidades de enmendar o modificar las propuestas del equipo ejecutivo",* dice Gøtzsche.

El Centro Cochrane de EE.UU. ya cerró en la primavera de 2018 por frustración por la gestión, y otros directores de centros también están contemplando la posibilidad de abandonar Cochrane. Mientras que aquellos que han sido críticos con la dirección de Cochrane, simplemente se han retirado; Gøtzsche ha hablado públicamente y ha soportado las consecuencias.

"La recuperación de esta situación desesperada exigiría la disolución de la actual junta, la celebración de nuevas elecciones y un amplio debate participativo sobre la estrategia y la gobernanza futuras de la organización", ha dicho Gøtzsche.

...

1 Extracto de la entrada del blog del BMJ de 16-9-2018. Texto completo original en: <https://blogs.bmj.com/bmjebmspotlight/2018/09/16/cochrane-a-sinking-ship/>. Traducción completa <http://www.nogracias.eu/2018/09/16/la-crisis-cochrane-science-under-atack/>

2 <https://ebm.bmj.com/content/23/5/165>



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

CIENCIA Y VACUNAS A propósito de La vacuna del virus del papiloma

Introducción: microbiota

Los virus del papiloma humano conviven con el resto de seres vivos que colonizan al humano en la piel y las mucosas. En general, los virus del papiloma no provocan daño alguno y desconocemos su papel en la fisiología humana. De unos 150 tipos de virus del papiloma sólo unos 15 tienen capacidad cancerígena y sólo cuando persisten infectando durante años. Dichos virus llegan a la vagina y al cuello del útero a través de la actividad sexual y allí infectan a las células produciendo una reacción inmunológica que "aclara" (elimina) la infección en más del 90% de los casos. Son también virus del papiloma los que producen las típicas vulgares verrugas en la piel de las manos y otros lugares como cuello y axilas. El ser humano tiene más material genético ajeno que propio. Son billones los seres vivos que conviven en el cuerpo del humano, hasta llegar a pesar más de un kilogramo. La microbiota es ese conjunto de seres vivos que no dañan y en muchos casos son clave para la vida. Por ejemplo, en la boca, vagina, intestino, fosas nasales, piel y otros muchos lugares. La "contaminación" se produce desde el paso por el canal del parto a la lactancia materna, y continúa durante toda la vida. Sabemos, por ejemplo, de la síntesis de vitamina K por las bacterias del intestino grueso (la vitamina K es esencial para la coagulación de la sangre), pero en muchos casos desconocemos la contribución a la ecología normal de esta microbiota. Como he señalado, no conocemos el papel fisiológico del virus del papiloma ni en la piel ni en el cuello del útero.

Frente a las infecciones, mejoras socio-económicas

La mejor defensa contra las infecciones es el desarrollo social armónico, en todos los sentidos. Es decir, buena nutrición, familias con vivienda y trabajo dignos, suministro y depuración de aguas, educación formal de toda la población, democracia que redistribuya la riqueza, establecimiento de un sistema sanitario público de cobertura universal, retirada de basuras y limpieza de calles, cumplimiento de normas de seguridad e higiene alimentaria, etc. El beneficio lo consigue el desarrollo

científico, económico y social que incluye la higiene individual y pública, aplicaciones tecnológicas médicas y políticas de salud en todas las políticas. Se demostró bien con la tuberculosis, cuya incidencia y mortalidad bajó mucho antes de la aparición de la vacuna y de la estreptomycinina. Se demuestra también con el cáncer de cuello de útero, que mata sobre todo a mujeres pobres en países pobres.

Se nos dice que cada año hay en el mundo medio millón de casos nuevos de cáncer de cuello de útero, y es verdad, pero no se nos dice que esos casos se dan sobre todo en países como Haití¹. Así, el virus del papiloma cancerígeno es factor necesario pero no suficiente, y son factores que incrementan la incidencia y mortalidad del cáncer de cuello de útero las deplorables condiciones socioeconómicas con la pobreza, falta de higiene, tabaquismo, falta de acceso a la citología y a toda atención sanitaria, etc. que conllevan. **Por tanto, frente al cáncer de cuello de útero la cuestión central es la equidad, no el vacunar.**

Las mujeres jóvenes son más "fáciles" de infectar por el virus del papiloma humano, y por más tipos diferentes, quizá en relación con la "virginidad" de su sistema inmunológico celular. Con los años las mujeres desarrollan inmunidad celular en el epitelio del cuello del útero y se infectan más raramente. Se infectan mucho más las mujeres pobres y en general las que sufren marginación como las prostitutas, las presas, las drogadictas, las vagabundas y otras. La infección es también más frecuente con el aumento de la promiscuidad sexual.

Frente a algunas infecciones, vacunas

Las vacunas son medicamentos que ayudan frente a las enfermedades infecciosas al "preparar" el sistema inmunológico para que dé una rápida respuesta antes de que los gérmenes produzcan daños. Hay que exigir su mejora, utilizarlas según necesidades, desarrollar nuevas e integrarlas todas en un conjunto que considere los muchos y variados aspectos de las enfermedades infecciosas que afectan a los humanos.

La vacuna contra el virus del papiloma humano promete más de lo que puede dar. Es decir, se presenta generalmente como "la vacuna contra el cáncer de cuello de útero", lo que es

falso pues es contra el virus de papiloma, sin más. Con este estilo, las noticias sobre la vacuna contra el virus del papiloma humano han logrado crear un doble engaño: 1/ la vacuna evita el cáncer de cuello de útero en todas las mujeres, incluso en las que ya han tenido la infección (no es verdad, si algo hace la vacuna es en mujeres "vírgenes", sin actividad heterosexual previa, y no tiene efecto terapéutico en mujeres ya infectadas), y 2/ el cáncer de útero es extremadamente frecuente como causa de muerte (no es verdad, es muy rara causa de muerte).

Con cifras de 2017, en España murieron 210.827 mujeres. De ellas 680 de cáncer de cuello de útero². Es decir, el 99,7% de las mujeres españolas no muere de cáncer de cuello de útero. Siendo cada caso una tragedia, desde el punto de vista de la salud pública la mortalidad por cáncer de cuello de útero es un problema menor.

Además, los resultados del impacto de la vacuna se presentan sobre objetivos no buscados como verrugas genitales y siempre en términos de riesgo relativo³. Con ello se logra crear un ambiente de "impacto triunfal" que no resiste el análisis científico sobre la incidencia del cáncer de cuello de útero en términos de riesgo absoluto, que es lo que se pretende con la vacunación. De hecho, el riesgo relativo puede disminuir un 49% los CIN2, lesiones precancerosas, mientras el riesgo absoluto el 9% (incidentalmente, las lesiones CIN2 se curan espontáneamente en una de cada tres mujeres).

De la infección al cáncer hay mucho trecho

Saber la duración de la protección contra la infección del virus del papiloma es cuestión crítica, pues de ello depende tanto el cálculo económico (coste-efectividad) como cuestiones prácticas del tipo de la necesidad de re-vacunar. Puesto que se trata de un virus oncogénico de acción lenta, que puede llegar a requerir 30 años para producir su efecto, estos son los mínimos años que se requieren de duración del cambio inmunológico.

En Australia se ha logrado un acuerdo por el que las compañías farmacéuticas se harán cargo de los costes de la re-vacunación si la duración de la protección es de menos de 30 años. En España no hay nada al respecto, y en su caso ¿será de nuevo el erario público el que se haga cargo de la re-vacunación?

Además, ¿quién se hará cargo de los gastos de las reclamaciones judiciales de las mujeres que tengan cáncer de cuello de útero pese a haberse vacunado? Convendría responder a estas cuestiones antes de que se conviertan en urgentes por imperativas.

Otras cuestiones, no menores

Ignoramos mucho respecto a la vacuna contra el virus del papiloma, y lo que no sabemos puede ser clave⁴. Por ejemplo, respecto al efecto de "nicho vacío", pues la prevención de la infección por determinadas cepas de virus puede dejar el campo "virgen" para la infección por otras cepas de virus más agresivos, como parece ser el caso. Quizá ello tenga que ver con el incremento de los casos de cáncer de cuello de útero en países con gran cobertura vacunal, lo que no deja de ser paradójico y preocupante⁵.

Desconocemos el impacto de la vacuna contra el virus del papiloma en el comportamiento sexual de las mujeres vacunadas y su relación con otras enfermedades de transmisión sexual y en los embarazos no deseados.

Desconocemos los efectos adversos de la vacuna contra el virus del papiloma, tanto a corto como a largo plazo y los datos al respecto de los ensayos clínicos se han liberado, pero censurados^{6,7}. Sin embargo, se ha insistido hasta la saciedad en la seguridad de la vacuna, como si fuera la única intervención sanitaria que careciera de efectos adversos y/o secundarios. Con ello se hace un flaco favor al conjunto de las vacunas, pues todas ellas tienen efectos adversos y no hay porqué negarlos.

Referencias

- 1 Health, equity, and women's cancers. <https://www.thelancet.com/series/womens-cancers>
- 2 Estadística de defunciones según la causa de muerte. http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
- 3 Population-level impact and herd effects following the introduction of human papillomavirus vaccination programmes: updated systematic review and meta-analysis. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30298-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30298-3/fulltext)
- 4 Una vacuna inútil: la vacuna contra el virus del papiloma. Capítulo 42. <http://equipocesca.org/el-encarnizamiento-medico-con-las-mujeres-50-intervenciones-sanitarias-excesivas-y-como-evitarlas/>
- 5 "Aumento de la incidencia del cáncer de cuello uterino, la vacunación contra el VPH y los programas de detección precoz con citología" http://caps.cat/images/stories/pdf/aumentoincidenciacancerdecervix_estudiocompleto.pdf
- 6 Challenges of independent assessment of potential harms of HPV vaccines. <https://www.bmj.com/content/362/bmj.k3694>
- 7 The Cochrane HPV vaccine review was incomplete and ignored important evidence of bias. <https://ebm.bmj.com/content/23/5/165.responses#the-cochrane-hpv-vaccine-review-was-incomplete-and-ignored-important-evidence-of-bias-response-to-the-cochrane-editors>

PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CÉRVIX: ¿DÓNDE ESTAMOS?



Carme Valls Llobet
Endocrinóloga
Experta en morbilidad
diferencial

Ausencia de datos nuevos de riesgo

Nos preguntábamos hasta qué punto debíamos estimular el cribado de cáncer de cuello de útero, ya que el informe del Ministerio de Sanidad 2005 (poco antes de la aprobación de la vacuna del Papiloma Virus humano) "La situación del cáncer en España", decía claramente esto:

"La utilidad de aplicar programas de cribado poblacional de cáncer de cuello de útero en España, está limitada por las bajas tasas de incidencia, de las más bajas de Europa (7,6 por 100.000 mujeres tasa de incidencia ajustada a la población mundial), y de mortalidad (3,1 por 100.000 mujeres) (tablas 5.3 y 4.1). Por esta razón no parece adecuada la implantación de programas de prevención de ámbito poblacional o masivos, siendo la estrategia de elección la del "hallazgo de caso". (pg. 128).

¿Ha cambiado algo en estos años?, ¿ha aumentado la incidencia como para que ahora sí sea "adecuada la implantación de programas de prevención poblacional"? Si es que sí, ¿dónde están esos datos? ¿Ha aumentado la incidencia en más jóvenes y que han recibido la vacuna, como ha ocurrido en Suecia, Reino Unido, ..etc.?

Qué sabemos de la historia natural de las lesiones precancerosas de cérvix

Sabemos desde los primeros trabajos de Ho (1998)¹ y Woodman (2001)², estudiando la historia natural de las infecciones, que sólo menos del 10% de las infecciones por papilomavirus humano se hacen persistentes pudiendo llegar a producir lesiones precancerosas, y que la mayoría de estas lesiones (CIN) se resuelven solas sin convertirse en cáncer. Más del 80% de mujeres menores de 25 años, y un tercio de las de 25 a 30, son portadoras de infecciones transitorias por Papilomavirus Humano, que van a desaparecer espontáneamente en su mayoría. Además, de las mujeres infectadas con Papilomavirus de alto riesgo, sólo el 0,15% desarrolla cáncer de cérvix invasivo. El cribado con citologías para el cáncer cervical ha sido el único método que hasta ahora ha reducido de forma significativa la incidencia del cáncer cervical en el Reino Unido³. Aunque esta metodología, el llamado Papanicolau, como conocían las citologías las mujeres de América Latina, como método de cribado ahora está en revisión.

¿Qué tipos de virus son cancerígenos?

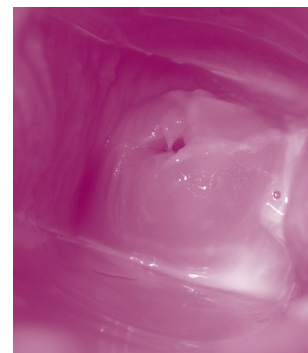
Aunque existen más de 100 tipos del VPH que pueden actuar sobre la piel de los seres humanos, sólo 15 tienen capacidad oncogénica (pueden provocar mitosis sin control, displasia, carcinoma in situ y cáncer de cérvix). Son los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82, (y probables: 26, 53, 66)⁴. En España, los tipos 16 y 18 que cubre Gardasil, sólo están presentes en el 28%⁵ de las lesiones precancerosas.

El contacto con el Papilomavirus humano es una condición necesaria pero no suficiente para que las lesiones que se produzcan en el cuello del útero evolucionen a cancerígenas, ya que la evolución depende de la inmunidad de la persona afectada, y de otros factores hormonales o infecciosos⁶ como: consumo de anticonceptivos hormonales, de tabaco, presencia de infecciones concomitantes (clamidia, herpes, gonorrea) y estados de inmunosupresión congénita o adquirida (VIH). También ha de tenerse en cuenta la edad del primer coito y el número de compañeros sexuales, y la promiscuidad que ellos tengan. Pueden existir otros riesgos de contacto con el virus que no sea estrictamente las relaciones sexuales pero no hay resultados todavía concluyentes en la literatura científica. Algunos estudios apuntan que el uso del preservativo facilita la regresión de las displasias de cuello uterino y la desaparición del VPH.

Criterios actuales para el cribado

Teniendo en cuenta la "European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening", y la guía de prevención del cáncer de cuello de útero del 2014 de la AEPCC (Asociación española de patología cervical y colposcopia), los criterios para el cribado son:

- No realizar cribado a mujeres menores de 25 años.
- Iniciar citología cada 3 años de los 25 a los 30.
- A partir ahí, realizar determinación de papilomavirus cancerígenos cada 5 años. Esta recomendación se justifica en base a la ganancia y validez de las determinaciones de los virus.
- Donde aún no sea posible hacerlas, se deberá continuar con citologías cada 3 años a la espera de implementar las técnicas de detección del virus.
- La presencia de virus, aunque la citología sea negativa, obliga al seguimiento de las mujeres afectadas.



- Las mujeres mayores de 65 años deben finalizar el cribado si han tenido dos determinaciones de virus negativas, o tres citologías previas negativas, o no antecedentes de CIN en los tres años previos.

La recomendación futura que se está gestando es realizar el cribado con la determinación de los PVH a todas las edades, ya que estas determinaciones han demostrado mayor sensibilidad que la citología (de un 23 a 43 %) en los casos de CIN2. Además, si los virus son negativos, en mayores de 30 años, el riesgo de desarrollar CIN3 en 6 años es de 0,27% y por citología negativa es 0,97%. Las mujeres con inmunosupresión deberán seguir controles cada año.

Después de la determinación de los virus, si son positivos se deberá realizar citología y colposcopia, y hacer el seguimiento con derivación al servicio de ginecología, que repetirá pruebas a los 6 y doce meses.

¿Qué sabemos de la historia inmunológica del virus escapista?

El VPH posee varios mecanismos de evasión inmunológica para que el sistema inmune del huésped no detecte ni combata la infección. Desde su escondite crea un microambiente para la infección posterior y facilita la progresión a neoplasia intraepitelial cervical (CIN).

Para contrarrestar esto, la vacuna del Papilomavirus se diseñó con un nivel extraordinariamente alto de anticuerpos en sangre que permanecen durante más de diez años⁷. Estas características hacen a esta vacuna distinta a las demás⁸, ya que la misma enfermedad no produce anticuerpos en sangre. A este aumento de la antigenicidad de la vacuna, para que produzca muchos anticuerpos, se atribuyen los efectos secundarios que produce, mayores que los de todas las demás vacunas juntas.

¿Por qué la vacuna no es un instrumento eficaz de prevención de cáncer de cérvix?

Su capacidad preventiva es desconocida. No se ha podido demostrar que la vacuna evite un solo cáncer. Hasta ahora, sólo ha reducido lesiones precancerosas. Los proponentes de la vacuna dicen que tiene una efectividad preventiva del 98% a 100%; pero, basándonos en los datos existentes, su capacidad de reducción del riesgo absoluto es como máximo de 0,1 a 0,7%⁹.

En las personas ya expuestas al virus puede provocar el efecto contrario. En ellas, según los estudios de comercialización, la vacunación mostró un mayor nivel de cambios premalignos de células que el placebo, y una reactivación del virus, especialmente del 52 y 56. Además, desconocemos el efecto multiplicador del efecto cancerígeno. Por tanto, no debería indicarse nunca a estas personas.

La vacuna no está indicada en mayores de 10 años, pero nunca se ha estudiado en niñas de esta edad. Los que hablan

de medicina de la evidencia, deberían comprobar sus datos y ver que las series de estudios previos a la comercialización de la vacuna (bivalente, cuadrivalente y nonavalente) se han realizado con mujeres mayores de 20 años.

El cribado, única arma segura de prevención

Incluso en el caso de que se presente un cáncer de cérvix, las citologías (y en el presente y futuro la determinación previa de virus) permiten detectar las lesiones precancerosas. La presencia del virus a partir de los 25 años obliga a un seguimiento y a cambios en el protocolo, con citología, colposcopia y biopsia si fueran necesarios. Si ya se advierte una evolución de las displasias a CIN3 o lesiones de alto grado, un tratamiento adecuado, con cirugía y conización permite evitar la diseminación.

Por lo tanto, el cribado regular cada tres años antes de los 30 y cada 5 años es en este momento el único recurso seguro para evitar el cáncer de cérvix.

Referencias

- 1 Ho et al. Natural history of cervical human papillomavirus infection in young women. *N Engl J Med* 1998; 338:423-8
- 2 Woodman CBJ et al. Natural history of cervical human papillomavirus infection in young women: a longitudinal cohort study. *Lancet* 2001;35(7):1831-36.
- 3 Quinn M et al. Effect of screening on incidence of and mortality from cervical cancer in England: evaluation based on routinely collected statistics. *BMJ* 1999; 318: 904.
- 4 Muñoz et al. 2003
- 5 González-Bosquet, E et al. Identification of vaccine human papillomavirus genotypes in squamous Intraepithelial lesions (CIN2-3). *Gynecologic Oncology* 111 (2008) 9-12
- 6 Castellsague y Muñoz. Chapter 3: Cofactors in human papillomavirus carcinogenesis- role of parity, oral contraceptives and tobacco smoking. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2003;31:20-8
- 7 Einstein MH, et al. HPV-010 Study Group. Comparative humoral and cellular immunogenicity and safety of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine and HPV-6/11/16/18 vaccine in healthy women aged 18-45 years: follow-up through Month 48 in a Phase III randomized study. *Hum Vaccin Immunother.* 2014;10(12):3455-65.
- 8 Beppu H et al. Lessons learnt in Japan from adverse reactions to the HPV vaccine: a medical ethics perspective. *Indian J Med Ethics.* 2017 Apr-Jun;2(2):82-88.
- 9 Paavonen J et al. HPV PATRICIA Study Group. Efficacy of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by oncogenic HPV types (PATRICIA): final analysis of a double-blind, randomized study in young women. *Lancet.* 2009 Jul 25;374(9686):301-14.



PREGUNTAS FRECUENTES

Respuestas de La Dra. Enriqueta Barranco

PREGUNTA

Una amiga fue al ginecólogo y éste le dijo que tenía un ASCUS, y que seguramente tenía el VPH, y que era síntoma de cáncer. Se asustó mucho, fue a otro médico que le dijo eso no significaba siquiera que tenga el virus, pero claro, el miedo está ahí. ¿Qué debe hacer para salir de dudas? ¿Y luego?

RESPUESTA

Un resultado citológico en el que se indique que hay ASCUS - Atypical Scamous Cells Uncertain Significate - no necesariamente indica que pueda haber infección por el virus del papiloma, y dependiendo de la edad de la mujer o se indica repetir la citología a los 6 meses o bien que se haga una detección del ADN viral en exudado cervical. Tanto si resulta positivo como si no, se indica nueva citología a los 6 meses. En la mayoría de las ocasiones, incluso con ADN viral positivo, a los 6 meses el resultado de la citología suele ser negativo. La palabra "uncertain" significa, simplemente que la persona que informa el resultado tiene dudas sobre la morfología microscópica de las células cervicales, pero no indica que detrás de ello haya un cáncer. Así es que hay que desterrar el terrorismo citológico que en la actualidad, amparado por el tema vacunas, se está llevando a sus máximos extremos.

PREGUNTA

En febrero del año pasado me hice una citología y me salió un CIN I. En septiembre me hicieron una biopsia y salió un CIN II. La cepa de papiloma es del grupo de alto riesgo pero no es ni 16 ni 18. El próximo jueves me harán una conización y, me han aconsejado que me vacune después.

RESPUESTA

En todas las clínicas de España y parte del extranjero, sin ninguna evidencia científica disponible a su favor, están recomendando la vacunación en mujeres afectadas por el virus del papiloma. NO ESTÁ JUSTIFICADO DESDE EL PUNTO DE VISTA CIENTÍFICO. La vacuna del papiloma, como todas las vacunas, es preventiva (si es que lo es, que aún no se ha demostrado), no es curativa. Las vacunas son por definición fármacos preventivos.

PREGUNTA

He tenido la infección del VPH (pero la prueba de la PCR le ha salido negativa). El ginecólogo me ha recomendado que me vacune ahora que se ha negativizado. ¿Una vez se ha negativizado el virus se puede vacunar o hay indicios que indiquen

que puede ser perjudicial (como ocurre con las mujeres infectadas)? También hemos leído de casos de chicas vacunadas infectadas con los genotipos para los que se habían vacunado, ¿es cierto?

RESPUESTA

No se indica si primero fue positivo el PCR para ADN viral, así como tampoco el serotipo de virus que pudo haber infectado las células del cuello uterino. Suponiendo que inicialmente fuera positivo, lo que ha sucedido es que, como en la mayoría de las ocasiones, las células cervicales simplemente "se han desecho del virus" o lo que es lo mismo han curado la infección, lo que de hecho representa una autovacunación contra los virus que pudieran haberlas colonizado. Así es que la vacuna, una vez más, no estará indicada.

PREGUNTA

Tengo una amiga a la que hicieron una conización porque tenía un CIN II. El miedo que tiene es que si hace el amor con la persona con la que tuvo relaciones antes de la conización (pero no sabe si fue quien la infectó) pueda recontagiarse. ¿Es así? Ha usado siempre preservativo menos en el sexo oral.

RESPUESTA

Se tiene cierta evidencia científica de que el preservativo aminora las posibilidades de reinfección por el VPH, evitando entre otras cosas el contacto del semen con el delicado cuello uterino. La recomendación postconización es esa, usarlo. El tratar de averiguar cómo se produjo el contagio por el VPH, y por parte de quien, también suele ser una tarea inútil, pues todas sabemos que la infección puede arrastrarse desde las primeras prácticas coitales, y dar señales, o no, muchos años después.

PREGUNTA

No me queda clara una cosa: ¿todos los casos de cáncer de útero son causados por VPH?

RESPUESTA

En la actualidad se considera que el VPH es el responsable de "casi" todos los cánceres de cérvix, pero éste no es el único factor cancerígeno, ya que se reconoce que el tabaquismo, el consumo de la píldora anticonceptiva y otros agentes pueden favorecer la evolución de una simple infección hacia un cáncer, y en la literatura científica se han descrito algunos casos de cáncer de cuello de útero en los que no se ha encontrado ADN viral para el VPH, y se ha visto que también son de peor pronóstico clínico.

AUTORITARISMO Y DEMAGOGIA CONTRA DELIBERACIÓN CIUDADANA: A propósito de La censura al debate sobre La vacuna del papiloma en vigo¹



Abel Novoa
Médico de familia,
Coordinador del Grupo de Bioética de la semFYC
Presidente de NoGracias

El veto y la campaña de difamación

«No vamos a cooperar con colectivos antivacunas», aseguró un portavoz del Ayuntamiento tras prohibir la utilización de un local público para celebrar un debate, entre otras cosas, sobre el balance riesgo beneficio de la vacuna del papiloma, que debía celebrarse el 15 de diciembre pasado.

«Esto atenta contra la salud pública de todos; esto no es libertad de expresión, es irresponsabilidad y me avergüenza como gallego» dice el jefe de servicio de pediatría del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Federico Martiñón Torres².

La pediatra, escritora y divulgadora Lucía Galán acusa de ignorante a la organizadora, la eurodiputada Lidia Senra (porque de vacunas solo puede hablar ella, que es la que sabe) y de anticientífica (porque todos los que debaten sobre vacunas están defendiendo las pseudociencias)³:

¿Debatir sobre la efectividad y seguridad de las vacunas es ser antivacunas?

¿Invitar a una asociación ciudadana de personas que se consideran afectadas por la vacuna del papiloma es defender las pseudociencias?

- Las vacunas ¿no tienen efectos secundarios?
- Las personas afectadas por esos efectos secundarios ¿no tienen derecho a reclamar una indemnización, mejor ciencia y regulación o a, simplemente, compartir su experiencia?⁴
- Las prácticas sanitarias como las mamografías de cribado, la atención al parto o la vacunación del papiloma ¿no son debatibles?
- ¿No hay debates científicos al respecto todos los días en las mejores revistas científicas del mundo?



Vigo veta la charla contra la vacuna del papiloma en instalaciones municipales

En Marea evita culpar a Lidia Senra, la eurodiputada que la organiza. Los expertos defienden la seguridad



Es tan absurdo que produciría hilaridad si no fuera porque estas personas tienen poder municipal, político, profesional y divulgativo y en nombre de una supuesta ciencia objetiva verdadera han conseguido censurar una reunión ciudadana legítima.

Han montado una campaña antidemocrática y difamatoria en redes que ha conseguido una respuesta antidemocrática de las pacatas autoridades gallegas que merece toda mi —utilizando su lenguaje moralista inquisitorial, aunque me da un poco de vergüenza— “repulsa, indignación, intolerancia y que debería avergonzar a este país”.

Alicia Capilla, la presidenta de la Asociación de Afectadas por la Vacuna del Papiloma (AAVP), una asociación ciudadana que obviamente no es antivacunas ya que sus hijas se vacunaron, escribió este texto donde podemos leer esta declaración de sentido común:

“Negar la obvia de que todos los medicamentos pueden provocar efectos adversos es, cuanto menos, una necedad.”⁵

Los debates ciudadanos sobre mamografías, atención al parto o vacunas no se pueden vetar ni censurar.

El Ayuntamiento de Vigo ha tenido un comportamiento antidemocrático al impedir la celebración de esta charla en un centro público que no les pertenece, que es de toda la ciudadanía, de los que aceptan acriticamente toda intervención sanitaria y de los que piensan que es bueno debatir sobre riesgos y beneficios de las mismas.

Menos indignarse y más leer los textos académicos que abordan cómo enfrentarse a la duda vacunal o a las inevitables controversias científicas en relación con las intervenciones sanitarias.

La controversia científica

En un reciente Editorial de la revista Atención Primaria⁶ me hacía eco de un trabajo de reflexión sobre la vacunación obligatoria realizado por el Grupo de Bioética de la semFYC que tengo el honor de coordinar (aquí el texto íntegro, no accesible (?) desde la página de la semFYC):

"Solo desde esquemas deliberativos democráticos, posiciones maduras en relación con el conocimiento por parte de instituciones y profesionales, y la generación de confianza mediante la mejora del gobierno del conocimiento biomédico será posible enfrentarse a los retos de una sociedad cada vez más informada, donde es previsible que la duda vacunal, como la resistencia a una medicina demasiado intrusiva, aumente. De que haya profesionales capaces de utilizar la mejor ciencia a favor de la libertad y la emancipación de los ciudadanos dependerá que la sociedad sepa discernir."

Maite Cruz y colaboradores, en un texto de Gaceta Sanitaria⁷: *"La transparencia y el conocimiento de los efectos secundarios que pueden producir las vacunas son aspectos por mejorar, si se pretende que la vacunación no sea un campo abierto a la duda constante... De acuerdo con una ética del diálogo deberían propiciarse espacios que pongan en práctica dinámicas de cooperación y no de competición discursiva, que partan del mutuo reconocimiento y que sitúen los cuidados en el centro de la agenda vacunal. En definitiva, urge desarrollar y construir una ética de la salud pública que abandone la coerción típica del paternalismo y se adapte a unos valores más cooperativos."*

En el monográfico del Plos Medicine⁸ "Perspectivas multidisciplinares sobre la duda vacunal y la cobertura de vacunación contemporánea" se concluye que contra la duda vacunal hay que mejorar la información existente y promover el debate público, presentando como claramente negativas las políticas coercitivas y los debates insultantes y basados en argumentos de autoridad.

Y ver también el comentario de Nogracias al libro de David Michaels "La duda es su producto (y ahora es nuestro problema)"⁹.

Deslocalización de los ensayos clínicos a países pobres

Desgraciadamente, la ciencia alrededor de la vacuna del papiloma es actualmente controvertida y la industria no nos ha dado ninguna razón para confiar en ella de manera ciega. Por ejemplo, hay fallos graves en el control administrativo y ético de los ensayos clínicos realizados en Costa Rica con el Cervarix, como denuncian los académicos norteamericanos Nuria Homedes y Antonio Ugalde en la monografía que coordinaron: "Ética y ensayos clínicos en América Latina"¹⁰

En Guanacaste, una de las zonas más pobres de Costa Rica, se ha desarrollado gran parte de la investigación de la vacuna del papiloma.

En el capítulo 9 titulado "El cáncer de cérvix y el desarrollo de vacunas para el control del VPH en Guanacaste, Costa Rica" se describen graves irregularidades éticas y legales:

"Una de las razones por las que se siguen cometiendo irregularidades en la realización de ensayos clínicos tiene que ver

con la falta de un marco legislativo apropiado. Sin embargo, dadas las complicidades que hemos documentado en este estudio, cabe preguntarse si una ley será suficiente... En Costa Rica hay una larga historia de impunidad que impide que se pueda confiar en los que deberían defender a la ciudadanía"

Estas irregularidades señalan, para los autores que hicieron el estudio sobre el terreno, la necesidad de poner en duda sus resultados, especialmente en relación con la seguridad:

"Los testimonios de las mujeres guanacastecas demuestran que las participantes eran de origen humilde, no estaban suficientemente informadas sobre el proyecto y algunas se habían sentido presionadas por los reclutadores... ¿habrán compartido todos los efectos adversos de la vacuna con los médicos o prefirieron como Alejandra apartarse del experimento sin dar más explicaciones? ¿harían como Querely que no reportó los efectos de la vacuna porque los consideró de poca importancia? ¿Cuántas de estas mujeres podrían haber experimentado otras complicaciones y al no vincularlos acudieron a los servicios de salud sin notificarlos?"

¿No es este un motivo suficiente para deliberar públicamente?

¿No es un escándalo que los ensayos clínicos se hayan deslocalizado a países pobres sin garantías legales suficientes y con altas tasas de corrupción?¹¹

¿No es obvio que esta fragilidad institucional no va a favor de la credibilidad de los resultados de los ensayos clínicos realizados en países en vías de desarrollo?

La propia revisión Cochrane sobre la efectividad de las vacunas contra el VPH¹² ha recibido fuertes críticas por académicos tan reconocidos como Jørgensen, Gøtzsche y Jefferson. En NoGracias hemos dedicado algunas entradas a esta polémica científica que entre otras cosas incide, de nuevo, en la mala ciencia que existe en relación con la seguridad de la vacuna.

Si hay polémica científica ¿no es legítimo que la ciudadanía tenga acceso a esta información?

¿Quié defienden la Dra. Galán y el Dr. Martinón escamoteando estas dudas a la ciudadanía?

Porque según las mejores evidencias que tanto les gustan, con su actitud inquisitorial no están mejorando la confianza en las vacunas, al contrario, están contribuyendo a que aumente la desconfianza al abogar por censurar los debates públicos.

Recientemente Tom Jefferson, experto en MBE de la Universidad de Oxford y coautor de la crítica a la revisión Cochrane, grababa un vídeo explicativo sobre por qué sigue habiendo dudas acerca de la efectividad y seguridad de las vacunas del papiloma: por el simple hecho de que no tenemos acceso a los datos crudos de los experimentos.

Jefferson tiene experiencia: dirigió el grupo de investigación que desveló la estafa del Tamiflu gracias a tener acceso a los resultados de los ensayos clínicos negativos ocultados por Roche. El Tamiflu es un fármaco igual de efectivo para la gri-

pe que el paracetamol vendido en todo el mundo como terapéutico durante la epidemia de gripe A de hace unos años¹³. Hasta ese momento el Tamiflu fue seguramente defendido por muchos profesionales creyentes en la ciencia objetiva y pura como la Dra. Galán o el Dr. Martínón.

Conflicto de intereses

Fue el compromiso con la ciencia de Jefferson y su equipo el que permitió saber la verdad que ocultaban las compañías que se estaban forrando vendiendo a todos los gobiernos del mundo medicamentos antivirales inútiles y peligrosos.

La credulidad de muchos médicos tipo Galán y Martínón no fue precisamente la que apoyó el éxito de esta investigación independiente de la que ellos y sus pacientes seguro que, finalmente, se han beneficiado.

Tras la retirada del mercado del antidiabético Avandia por desvelarse que aumentaba la mortalidad y morbilidad cardiovascular y que la compañía GSK (que casualidad, GSK también comercializa la vacuna Cervarix) lo sabía desde el principio, apareció un interesante estudio en el BMJ sobre los conflictos de interés de los profesionales que defendieron públicamente y en artículos científicos la seguridad de este fármaco antes de su retirada.

Se vio que la gran mayoría de los defensores tenían conflictos de interés con GSK, justo lo contrario de los científicos que ponían en duda la seguridad del Avandia.

Esto es importante porque al hacer declaraciones públicas insultantes, el Dr. Martínón, jefe de servicio de pediatría del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, abanderado de la ética y la responsabilidad, debería desvelar previamente sus conflictos de interés con las empresas comercializadoras de la vacuna del papiloma.

Este colega cobró de MSD (que comercializa la vacuna del papiloma llamada Gardasil) 15.755 euros en el año 2017.

De GSK (que comercializa el Cervarix) cobró 1.800 euros en 2015, 5.372 euros en 2016 y 1.633 euros en el 2017.

Para que sus declaraciones estuvieran equilibradas, no manipularan sobre los objetivos de la reunión y los gallegos pudieran decidir de quién avergonzarse, debería haberlas realizado en un formato más informativo:

"Yo que he cobrado personalmente de las compañías que comercializan las vacunas del papiloma más de 24.500 euros entre los años 2015 y 2017 y que no utilizo mi cargo para defender intereses comerciales porque soy muy ético y deben creerme, estoy en condiciones de señalar la inmoralidad de los demás y decir que me avergüenza como gallego que gente sin ningún interés económico se ponga a debatir libremente sobre riesgos y beneficios de las vacunas del papiloma y aspectos controvertidos de otras intervenciones sanitarias como las mamografías o la asistencia al parto"

Tener conflictos de interés no implica malas prácticas pero sí

hay necesidad de declararlos, sobre todo antes de acusar a otras partes de irresponsables y acciones vergonzantes.

Defensores de la ciencia somos muchos. Preocupados por la emergencia de la duda vacunal también. Pero las actitudes inquisitoriales y antidemocráticas no la solucionarán y sobran en el debate público.

Los Drs. Galán y Martínón se han equivocado en el fondo y en las formas y deberían disculparse públicamente con las organizadoras del acto de Vigo asumiendo sus errores si queremos que exista espacio para el debate ciudadano libre en ciencia y medicina.

Las autoridades gallegas municipales y sanitarias, por favor, si no fomentan el debate y la información equilibrada, al menos no estorben a la sociedad civil que quiere hacerlo. Eviten reacciones autoritarias apresuradas solo por ir a favor de la corriente.

De la responsabilidad de los medios de comunicación, ya si eso, hablamos otro día.

PD: Los Drs. Galán y Martínón tienen a su disposición las páginas de NoGracias para publicar la réplica que consideren

Referencias y notas

- 1 Ver texto completo en <http://www.nogracias.org/2018/12/29/no-podemos-permitir-autoritarismo-la-demagogia-impidan-la-deliberacion-ciudadana-riesgos-beneficios-las-intervenciones-sanitarias-proposito-la-censura-al-debate-la-vacu/>
- 2 https://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/sociedad/2018/12/08/vigo-veta-charla-contra-vacuna-papiloma-instalaciones-municipales/0003_201812G8P25992.htm
- 3 https://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/sociedad/2018/12/20/hablamos-vidas-lugar-panos-calientes/0003_201812G20P29991.htm
- 4 <http://medicocritico.blogspot.com/2017/03/fondos-de-compensacion-vacunas-y-no.html>
- 5 <https://www.galiciapress.es/texto-diario/mostrar/1276449/no-somos-antivacunas>
- 6 Abel Noboa. Duda vacunal y democracia. Atención Primaria, 2017; 43, 3: 127-28. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717301373>
- 7 Maite Cruz et al. Reticencia vacunal: análisis del discurso de madres y padres con rechazo total o parcial a las vacunas. Gaceta Sanitari, 2019;33,1: 54-59. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117301838>
- 8 <http://currents.plos.org/outbreaks/perspectives-on-vaccine-hesitancy-and-vaccination-coverage/>
- 9 <http://www.nogracias.eu/2016/09/18/la-duda-es-su-producto-y-ah-ora-es-nuestro-problema/>
- 10 <https://lugareditorial.com.ar/>
- 11 <http://www.nogracias.eu/2015/10/19/ciencia-deslocalizada-maquiladoras-de-ensayos-clinicos-con-los-pobres-de-latinoamerica/>
- 12 <http://www.nogracias.eu/2018/08/01/sesgos-graves-la-nueva-revision-cochrane-la-vacuna-del-papiloma/>
- 13 <https://www.bmj.com/content/348/bmj.g2545>

La ética de Las vacunaciones contra el vph



Carlos Álvarez-Dardet
Catedrático de Medicina
Preventiva y Salud Pública
Universidad de Alicante
carlos.alvarez@ua.es

En Noviembre de 2007, encabezé una campaña pidiendo una moratoria en la aplicación de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) en España¹, con cargo al Sistema Nacional de Salud (SNS). Releyendo de nuevo el texto publicado en el diario El País (que supuso la retirada inmediata de la publicidad de Sanofi-Pasteur de su suplemento de salud), y transcurridos varios años, sigo suscribiéndolo en su totalidad. Aquella campaña consiguió unas 10.000 firmas de apoyo, y aunque no alcanzó sus objetivos plenamente, creó un reservorio de resistencia a los abusos de las compañías farmacéuticas en España que creo debe ser tenido en cuenta..

Resulta interesante que la codicia de una empresa (originalmente la vacuna fue desarrollada por Merck Sharp& Dome (MSD) aunque en España fue inicialmente comercializada por Sanofi Pasteur (SP)) produzca un efecto de reacción pública contraria a la vacuna entre muchos salubristas, considerando la aceptable opinión que merecen las vacunas como herramienta de prevención de enfermedades. La respuesta fue una muestra del vigor ético de la salud pública española, capaz de anteponer la defensa de la salud de la población a los intereses corporativos. Las presiones de la industria tampoco consiguieron que sociedades científicas como SESPAS o la SEE apoyaran la vacunación contra el VPH y, bien al contrario, SESPAS redactó un posicionamiento por escrito que desaconsejaba su inclusión en el calendario vacunal².

Los salubristas debemos defender las campañas de vacunación tanto como saber criticar las que no tienen sentido. No hay nada mágico en las vacunas, no son más que un medicamento complejo que interactúa con los individuos y, como hacemos con bastantes medicamentos cuyo balance de riesgo-beneficio no es adecuado, hay veces que es necesario pedir su retirada.

Probablemente, el argumento que ha ganado más actualidad desde al año 2007 es el de los costos de esta vacunación experimental masiva.

Decíamos entonces que: *"Para cuando se empiecen a prevenir los primeros casos de cáncer de cuello uterino, dentro de al menos 30 años, el Sistema Nacional de Salud se ha-*

brá gastado unos 4.000 millones de euros. Prevenir una sola muerte por cáncer de útero habrá costado entonces al SNS ocho millones de euros, sin ahorrar nada en el dispositivo actual de detección precoz por citología y tratamiento, pues se recomienda seguir desarrollando estas prácticas aun en poblaciones vacunadas. Lo abultado de las cifras arroja serias dudas sobre el coste-oportunidad de la medida. Con esta cuantiosa inversión, ¿cuántas otras iniciativas en prevención o atención sanitaria se podrían hacer y no se harán? ¿Qué se dejará de hacer de lo que ya se hace, para nivelar los presupuestos?"

A lo largo de estos últimos años se ha generado información científica relevante, produciéndose debates sobre el costo-oportunidad en todo el mundo. Nos encontramos ante un formidable ensayo clínico promovido por la industria y financiado por los gobiernos de muchos países desarrollados y parece claro que la empresa fabricante está consiguiendo beneficios a costa de los erarios públicos incluso en tiempos de crisis y recortes, pero ¿están obteniendo beneficio las niñas que se vacunan?

Técnicas de marketing más que discutibles

Cuestiones biológicas aparte, lo que más me preocupa de este asunto son las vertientes éticas. MSD ha desarrollado campañas en todo el mundo usando técnicas de marketing muy agresivas³, que incluían cooptación a políticos, y que han sido muy criticadas en la literatura⁴. Sirva de ejemplo la pregunta que la congresista por CiU en el congreso de los diputados, Sra. Mercè Pigem i Palmés, efectuó al gobierno de España⁵ sobre la licencia de la vacuna del virus del papiloma humano un mes antes de que apareciera el primer artículo en NEJM sobre la eficacia de Gardasil. Es obvio que disponía de información confidencial sobre el asunto entonces, ¿a cambio de qué hizo esta diputada ese supuesto servicio a Sanofi Pasteur?

Nos interesamos mucho en España sobre las redes de corrupción que implican a políticos con el negocio inmobiliario, pero ¿puede haber también implicación en otros tipos de negocio que no han sido explorados ni en el debate político ni por el periodismo de investigación? ¿hay un lobby pro-vacunas, pro cualquier nueva vacuna que se lance al mercado en España? ¿además de políticos hay también profesionales o sociedades científicas adheridas a la causa?

La toma de decisiones en materia de salud en España se hace desgraciadamente sin atender a los conflictos de interés que pueda tener los miembros de esas comisiones, el Dr. Xavier Bosch, respetadísimo epidemiólogo español que lleva años trabajando para Sanofi Pasteur en la vacuna contra el virus del papiloma humano, participó en la comisión de vacunas del consejo interterritorial de salud que en 2007 aprobó la aplicación de la vacuna VPH en España, como puede comprobarse en las actas de la reunión, ¿no resulta sorprendente que quién tiene intereses en determinado producto participe en la decisión de usarlo o no?

Estas técnicas de marketing erosionan gravemente la confianza pública en la utilidad de las vacunas, y alcanzaron su auge durante la burbuja farmacéutica de los años 90', cuando las big pharma descubrieron a los sanos como mercado tanto o más rentable que los enfermos e iniciaron estrategias de diseases mongering⁶. Obviamente, **las vacunas que por definición se administran a personas sin enfermedad constituyen un producto estrella de la burbuja farmacéutica**. Por suerte otros intentos burbujeantes como la vacuna contra la cocaína o la vacuna para dejar de fumar no han tenido éxito⁷, pero estemos atentos a la vacuna contra la caries que a buen seguro será más cara que los buches de flúor. La industria farmacéutica en la actualidad está más interesada en hacer dinero que en contribuir a mejorar la salud, tanto es así que se ha empezado a desarrollar con fuerza el movimiento de slow medicine, vinculado al de slow food y que plantea disminuir el uso de fármacos y poner coto a los procesos de medicalización que estamos viviendo.

Otro hecho interesante es el monopolio sobre la investigación en vacunas. Hace un cuarto de siglo en España había investigadores que desde la academia, las universidades o centros de investigación estatales producían vacunas, recuérdese la propia Escuela Nacional de Sanidad y el Centro Nacional de Virología y Ecología Sanitaria inspirado por Florencio Pérez Gallardo. Actualmente la vacunología se ha convertido en una ciencia industrial, donde prima el beneficio inmediato, ¿tiene sentido inducir la vacunación contra el rotavirus en España?, ¿no sería más útil en Sudán esa vacuna?, ¿pueden pagarla los sudaneses?

La presión de la industria a veces es insoportable, junto con Marta Martín,⁸ compañera de Universidad y ahora diputada en las cortes, publicamos en Gaceta Sanitaria un artículo instando la retirada de una engañosa campaña publicitaria (desarrollada por Shakleton)⁹ sobre la vacuna contra VPH. Resultaron sorprendentes los infructuosos intentos de Sanofi Pasteur sobre la revista Gaceta Sanitaria y la propia editorial Elsevier para que retiraran nuestro artículo de "internet" haciendo llegar sus amenazas a través de un conocidísimo bufete de abogados (Bird&Bird, un bufete transnacional de reciente implantación en España) dispuestos a "denunciar"

a la revista y a nosotros como autores. El retrato de aquella historia es una amenaza por escrito con posible denuncia sin referir nunca el delito que supuestamente habíamos cometido, una fatua táctica de amedrentamiento que usan los bufetes de abogados sin mejores ideas.

Por suerte para la independencia editorial en España, Gaceta y su propietaria SESPAS supieron soportar las presiones y el artículo continúa publicado. Propusimos a la revista que invitara a Sanofi a debatir en público escribiendo una carta al director en la revista, pero nunca lo aceptaron, dando la callada por respuesta. Lo más chocante es que en la denuncia a Autocontrol (autorregulación publicitaria) acusábamos a la sociedad de Pediatría (entonces presidida por el profesor Alfonso Delgado) y a la de Ginecología y Obstetricia, y de Autocontrol nos contestaron que "Sanofi Pasteur había decidido retirar la campaña". ¡¡En ningún momento en la denuncia se nombraba a esta empresa!! Después de la retirada de la campaña por Autocontrol, Sanofi prosiguió con Shakleton financiando una gira nacional de la cantante Amaya Montero promocionando el uso de la vacuna y organizó un concurso para que una ciudad albergara un gran monumento sobre el próximo final del cáncer de cuello uterino, el concurso lo ganó Valencia.

El núcleo del problema, ¿a quién se le hace bien y a quién mal?

Así y todo, por encima de posibles corruptelas políticas, intereses comerciales y vicisitudes personales, entiendo que lo grave de este asunto son los efectos adversos que se están produciendo en niñas vacunadas, efectos secundarios de las vacunas licenciadas que constituyen un caso especial en el contrato implícito de las relaciones médico-paciente que conviene examinar despacio.

Si vamos a un servicio de urgencias porque nos duele el abdomen y acaban operándonos padeciendo durante el postoperatorio una infección hospitalaria, entendemos que es un efecto secundario, un mal menor y lo aceptamos porque nos quitaron el apéndice salvándonos la vida. Sin embargo en el caso concreto de las vacunas y sus efectos secundarios la población no demanda explícitamente la asistencia y además la maleficencia la recibe quien tiene el efecto secundario (por ejemplo las niñas que han recibido las vacunas contra el VPH y han tenido reacciones adversas e incluso han muerto) y la





beneficencia queda difusa en el tiempo y en el espacio, es decir ya no se trata de un contrato personal implícito sino que pasamos a contratos colectivos con apelaciones al bien común, ¿es ético producir daño a algunas personas para que otros obtengan beneficio?, a mi juicio no.

El tribunal de vacunas de EEUU

El estado debería desarrollar mecanismos para aminorar estas injusticias, por ejemplo con la creación de un fondo de compensación para efectos secundarios de las vacunas, como ya existe en otros países por ejemplo en EEUU¹⁰ o en Canadá. Si rescatamos bancos y hospitales privados, ¿sería lógico compensar a estas personas?

El tribunal de las vacunas, (Vaccine Court) como se conoce popularmente a esta institución, financia su funcionamiento y las compensaciones con una pequeña tasa a cada dosis de vacunación administrada y permiten dar salida a las reclamaciones, sin llegar a juicio penal, de las personas que se sienten víctimas de los programas de vacunación¹¹. Se tramita mediante un expediente administrativo ante un tribunal mixto del Ministerio de Sanidad y el de Justicia. Los expedientes tardan como media un par de años en resolverse y el 42% de los demandantes obtiene una compensación.

Se suelen conseguir las reclamaciones que ofrecen:

- 1.-Una teoría médica que conecte causalmente la vacunación y el daño
- 2.-Una secuencia lógica de causa efecto mostrando que la vacunación es la razón del daño
- 3.- Proximidad temporal entre vacunación y daño

A mi juicio este es el problema más grave que están produciendo las vacunaciones contra VPH, muchas niñas están teniendo efectos adversos y la cuestión no se está atendiendo bien desde la administración. El gobierno de España decidió introducir esta vacuna en el calendario vacunal, y cuando su decisión produce problemas¹², sencillamente no responde o responde de mala manera tildando a las víctimas de "histéricas". En el informe de la agencia española del medicamento sobre las niñas de Valencia y también sobre las de Andalucía se habla de crisis de conversión, cuestión que en los miles de casos de efectos adversos estudiados en VAERS por el CDC nunca se menciona.

Conclusiones

En paralelo con la campaña de marketing agresivo de Sanofi Pasteur para conseguir implantar la vacunación contra VPH en España, se desarrolló un movimiento de resistencia cívica que pedía y sigue pidiendo su retirada.

Sanofi ha empleado para propagar la vacuna las técnicas clásicas de las farmacéuticas basadas en presionar a los prescriptores y además ha cooptado a políticos, periodistas y artistas.

La evidencia científica que justifica su uso para prevenir el cáncer de cuello uterino sigue siendo débil y por encima de todo están ocurriendo casos graves de efectos adversos en personas sin el debido consentimiento informado.

Sería un requisito básico en las políticas públicas de vacunación española contar con un fondo de compensación que aminore el daño colateral que produce la administración de vacunas, especialmente en vacunas como Gardasil que han contado con una licencia precipitada por las autoridades sanitarias.

Referencias

- 1 http://elpais.com/diario/2007/11/06/salud/1194303609_850215.html accedido 26/12/2012
- 2 <http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/Vacuna%20VPH%20-%20Declaracion%20de%20la%20Junta%2031.pdf>
- 3 Marketing HPV Vaccine Implications for Adolescent Health and Medical Professionalism. Sheila M. Rothman, PhD; David J. Rothman, PhD. JAMA. 2009;302(7):781-786.
- 4 Lippman Abby, HPV vaccination and the development of public policies, J. Epidemiol. Community Health 2008;62;570-571
- 5 Boletín Oficial de las cortes generales. Congreso de los Diputados.num 543, 17 de Abril de 2007
- 6 Health metamorphosis: disease mongering and communication strategies. Ruiz-Cantero MT, Cambronero-Saiz B. Gac Sanit. 2011 May-Jun;25(3):179-81.
- 7 http://www.nytimes.com/2011/10/04/health/04vaccine.html?pagewanted=all&_r=0 accedido 2 enero 2013
- 8 Withdrawal of an advertising campaign to promote the quadrivalent human papilloma virus vaccine in Spain. Martín-Llaguno M, Alvarez-Dardet C. Gac Sanit. 2010 Jan-Feb;24(1):75-7
- 9 <http://www.shackletongroup.com/es/>
- 10 <http://www.immunizationinfo.org/es/issues/immunization-policy/programa-nacional-para-la-compensacion-de-danos-por-vacunas-vicp>
- 11 <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/F/vicp-def.pdf>
- 12 Programa Los Reporteros de TV Andalucía <http://www.youtube.com/watch?v=gDfYXUVCHY>

RECOGIDA DE FIRMAS PARA EXIGIR DATOS OFICIALES

Aumento de cáncer de cérvix y vacunación contra el VPH

Autora principal

CARMEN MOSQUERA TENREIRO. Médica Especialista en Salud Pública y Epidemiología. Red-CAPS. Oviedo.

Con la colaboración de:

CARME VALLS LLOBET. Médica Especialista en Endocrinología. Red-CAPS. Barcelona.

CARLOS ÁLVAREZ DARDET. Doctor en medicina. Catedrático de Salud Pública de la Universidad de Alicante.

MERCEDES PÉREZ-FERNÁNDEZ. Médica Especialista en Medicina Interna. Equipo CESCA. Madrid.

JUAN GÉRVAS. Doctor en Medicina. Equipo CESCA. Madrid.

ABEL NOVOA. Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Doctor en Medicina. Plataforma NoGracias. Murcia.

ENRIQUETA BARRANCO. Doctora en Medicina. Especialista en ginecología.

LEONOR TABOADA. Directora de la Revista MyS (Mujeres y Salud). Red-CAPS. Palma de Mallorca.

MARGARITA LÓPEZ CARRILLO. Documentalista de salud. Coordinadora de la Red-CAPS. Barcelona

FIRMAR ADHESIÓN EN:

<https://forms.gle/zxEGCv3P7Ys-qE7DM8> o en www.caps.cat

En 2007, cuando el ministerio estaba valorando introducir esta vacuna, se produjo un movimiento científico y ciudadano sin precedentes que pedía una moratoria por diversas e importantes razones¹. En primer lugar por la epidemiología de la enfermedad: un cáncer con frecuencia y mortalidad muy bajas en nuestro país y en nuestro entorno, de evolución muy lenta y que dispone de una prueba de detección precoz

eficiente, si se utiliza adecuadamente, sencilla, sin efectos adversos y barata, (citología).

Pero también había dudas respecto a la vacuna que todavía hoy siguen sin respuesta, sobre todo en relación con sus efectos adversos, que el Ministerio de Sanidad sigue registrando como "sospechas de reacciones adversas"² sin investigarlas, y respecto a la cuestión fundamental: su supuesta efectividad para evitar el cáncer de cuello uterino. (La Red-CAPS, Red de Mujeres Profesionales de la Salud, hemos abordado en la revista MyS este tema en varias ocasiones (números 22, 23, 26, 27-28, 31, 33, 34-35, 38, 40, 44)

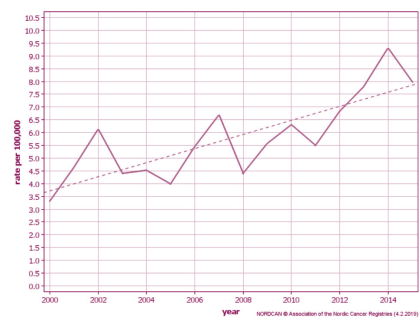
Once años más tarde, lo que nos convoca en torno a este tema es la observación del aumento de dicho cáncer, con un cambio en la tendencia descendente que venía dándose en las últimas décadas, coincidiendo con la introducción de la vacuna.

Suecia y el Reino Unido han dado la alerta en sus respectivas páginas web de sus departamentos de salud.

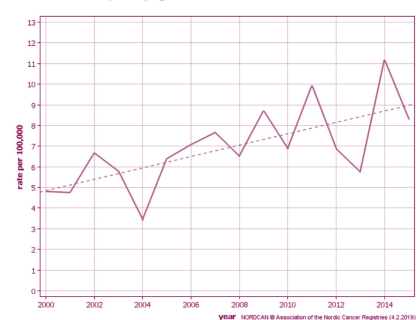
El aumento de cáncer de cérvix en países de nuestro entorno, algunos datos:

En un artículo científico publicado en el Indian Journal of Medical Ethics³ en abril de 2018 (artículo retirado posteriormente por razones y presiones ajenas a la calidad y rigor científico del mismo), se comunicaba el aumento del cáncer de cuello uterino en Suecia posterior a la introducción de la vacuna contra el VPH. Este artículo analizaba los datos del Centre for Cervical Cancer Prevention (NKCx) del Instituto Karolinska⁴. Estos datos mostraban un importante ascenso en las tasas de mujeres por debajo de los 50 años.

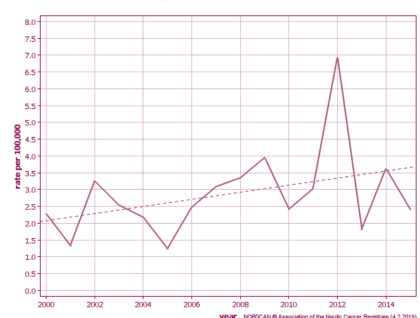
Sweden
Cervix uteri
Incidence: ASR (World) age 20-29



Norway
Cervix uteri
Incidence: ASR (World) age 20-29



Finland
Cervix uteri
Incidence: ASR (World) age 20-29



Preocupadas por esta noticia, revisamos las fuentes originales del Centre for Cervical Cancer Prevention (NKCx) del Instituto Karolinska de 2017 y de 2018⁵ cuyos informes confirman y tratan de buscar una explicación plausible a dicho aumento.

También en el registro de tumores NORDCAN⁶, que agrupa a los países nórdicos (Suecia, Noruega, Finlandia y Dinamarca), y que tienen disponibles públicamente los datos hasta el año 2015, encuentran estos aumentos en la incidencia de ca de Cx, cuyas tasas estanda-

rizadas en su conjunto aumentaron un 2,5% en Suecia, un 1,6% en Noruega y un 2,2% en Finlandia en los últimos 10 años (ver las correspondientes Cancer stat fact sheets Cervix uteri). No se detectaron aumentos en Dinamarca. En la misma base de datos puede observarse que los aumentos más importantes se dan en el grupo de edad más joven 20-29 años (ver imágenes a continuación), aunque en los otros también se detectan aumentos más discretos; no así por encima de los 50 años.

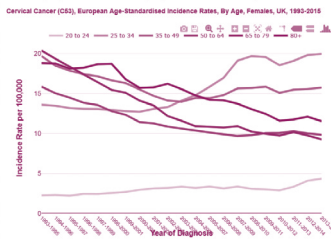
Aumento del cáncer de cuello uterino en UK

En los datos referidos a 2015, recogidos en la pág. web del Cancer Research UK⁷, se encuentran hallazgos similares, una tendencia temporal descendente en la tasa de incidencia en el conjunto de mujeres, pero se detecta una alerta por el aumento observado en el grupo de 25-29 años.



En el análisis por edad, se observa un aumento de las tasas específicas del 93% en el grupo de 20-24 años y un 47% en el de 25-34 años. En estos dos grupos es en los que se manifiesta el cambio en la tendencia temporal descendente anterior

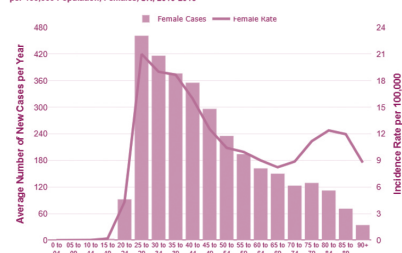
Cervical cancer incidence rates have decreased overall in some broad age groups in females in the UK since the early 1990s but have increased in others [24]. Rates in 20-24s have increased by 93%, in 25-34s have increased by 47%, in 30-49s have decreased by 20%, in 50-79s have decreased by 30%, and in 80+ have decreased by 30%.



En la curva de las tasas específicas por edad (en la imagen) podemos ver el aumento de incidencia en las mujeres de 25-29 años, que alcanza una tasa en torno a 21 casos por cien mil.

Age-specific incidence rates rise sharply from around age 15-19 and peak in the 25-29 age group, then drop gradually until age 60-64 before rising again. The highest rates are in the 25 to 29 age group.

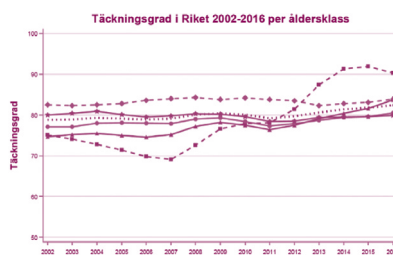
Cervical Cancer (C53). Average Number of New Cases per Year and Age-Specific Incidence Rates per 100,000 Population, Females, UK, 2013-2015



También es cierto que el estudio de Gou et al., de la incidencia de cáncer de cérvix en mujeres jóvenes de EEUU, con datos de antes de la vacunación y después (de 2001 a 2014) refleja un descenso de la incidencia⁸. No obstante, hay que tener en cuenta que ese 29% de reducción de riesgo relativo supone una reducción de riesgo absoluto de 0,00024%. Es decir, hay que tratar a 416.700 mujeres para evitar 1 cáncer de cérvix (no una muerte por cáncer de cérvix). Un costo de 185 millones de dólares para prevenir un sólo cáncer. Sin embargo, el abstract y el texto del artículo sólo inciden en la reducción del riesgo relativo.

Coberturas vacunales muy altas, coberturas de cribado igualmente muy altas

En ambos países las coberturas vacunales son muy altas, no sólo en las cohortes 12-13 años (80% y más) sino también con "catch up" en las de 14-18 años (60% en Suecia). También las coberturas de los programas de cribado en ambos países son muy altas y comienzan a edades muy tempranas. La imagen a continuación muestra la evolución del cribado por grupos de edad en Suecia.



Es llamativo (y preocupante) el alto porcentaje de mujeres más jóvenes que

se realiza una citología, precisamente coincidiendo con la incorporación de la vacuna (¡!!!!) llegando a un 90% en los últimos años mostrados. Probablemente relacionado con las políticas del miedo desarrolladas para vender la vacuna.

En el caso de UK las coberturas de los cribados son más bajas (60% en 25-29 años aumentando al 80% en los 50-54 años) pero igualmente tempranas (hasta 2004 el cribado se realizaba desde los 20 años, en la actualidad desde los 24.5 años).

Sin duda, los programas de cribado juegan un papel importante en la detección de tumores en sus etapas iniciales, de los cuales una parte podrían revertir, dando lugar al sobrediagnóstico (y sobretratamiento), hechos bien establecidos en el caso de los cribados de cáncer de mama.

Qué factores pudieran estar relacionados con este aumento

Esta preocupación que nos reclama hoy, después de la vacunación de millones de niñas (y de personas adultas dentro y fuera de recomendación) y la amenaza de extender la vacuna a los niños, está presente en otros grupos de investigación.

Es necesario encontrar las causas, los factores que expliquen este alarmante aumento en los diagnósticos de cáncer de cuello uterino (y en las intervenciones posteriores), cuando lo que se esperaba, después de la polémica vacunación, era que este tumor descendiera. Una hipótesis lo relaciona con la introducción de la vacuna, basándose en la posibilidad de que la misma, aplicada a chicas previamente expuestas al virus, reactivara la acción oncogénica del mismo. Esta hipótesis se asienta en ejemplos anteriores publicados de otros virus y en un documento de la FDA⁹ previo a la comercialización de la vacuna. Además está bien establecido desde el año 2007, que este virus no sigue los parámetros de respuesta inmunológica del resto de virus, queda acan-

tonado en el cuello de cérvix y escapa a todos los mecanismos de defensa del organismo¹⁰.

Por su parte, en una revisión de los datos de programas de cribado en Suecia¹¹ concluyen que “los indicadores clave de calidad, como la cobertura de la población y las tasas de seguimiento, se mantuvieron estables o mejoraron, pero sin embargo hubo un aumento inexplicable de cáncer cervical”, descartando sesgos en el proceso de diagnóstico y registro del cáncer que pudieran explicar los aumentos en ese país.

En UK, estudios investigan la posible relación de ese aumento con las políticas de cribado en el país, señalando la posibilidad de sobrediagnósticos, sobre todo en aquellas que incorporan edades más jóvenes¹².

También está encima de la mesa la pregunta que ya nos planteábamos en 2007 sobre la efectividad de la vacuna, en cuanto a prevalencia de los serotipos, los nichos ecológicos y el comportamiento del resto de serotipos oncogénicos¹³. Además, analizando una amplia cohorte de mujeres con cáncer invasivo de cérvix en Suecia, las mujeres que presentaban virus de alto riesgo de PVH, presentaron mejor pronóstico y un 39% menos de mortalidad que las mujeres con presencia negativa del virus, lo que plantea la urgente

necesidad de investigar las razones por las que se forma el tumor¹⁴.

A todo ello, debería añadirse la necesidad de investigar sobre las consecuencias que la sensación de falsa protección, originada en las chicas por la vacuna, pudiera tener sobre las prácticas sexuales coitales entre jóvenes, y la evolución de la prevalencia de esta infección, así como el aumento de otras ITSs en la última década¹⁵.

Propuestas de acción urgente:

Por todo ello **proponemos llevar adelante acciones urgentes que nos permitan conocer el estado de situación en nuestro país** para tomar las medidas de precaución y de reducción de daños evitables, entre ellas:

1. Realizar un análisis riguroso de los datos recogidos en los registros de tumores de cáncer en nuestro país (REDECAN) relativos al cáncer de cuello uterino, estudiando las tendencias globales y las específicas por edad en los últimos 20 años.
2. Realizar un análisis de las coberturas de vacunación frente al VPH, tanto dentro de las cohortes incluidas en el calendario vacunal como en la población fuera de ellas, desde su comienzo hasta la actualidad; así como el análisis de los casos de Ca de cx

diagnosticados, tanto en las mujeres vacunadas como en las no vacunadas.

3. Efectuar un estudio de las coberturas de los programas de cribado de Ca de Cx en las poblaciones incluidas dentro de los mismos y fuera de ellos, con especial atención a la gente joven (por debajo de los 30 años) y relacionarlas con los tumores diagnosticados.
4. Llevar a cabo una investigación rigurosa e independiente de todas las “sospechas de reacciones adversas” a la vacuna del VPH registradas por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad.
5. Poner en marcha una acción informativa dirigida a profesionales del sistema sanitario y las sociedades profesionales sobre las dudas actuales en relación con la seguridad y la supuesta eficacia de la vacuna (incluyendo el aumento de ca de cx detectado en países de nuestro entorno).
6. Poner a disposición de las familias una información que contemple los riesgos de la vacunación para que puedan tomar decisiones informadas y libres.
7. Como en 2007, pedimos que se paralice la vacunación hasta no responder a estas preguntas, fundamentalmente a la primera ¿estamos ante otra epidemia provocada?

1 http://www.caps.cat/images/stories/RAZONES_PARA_UNA_MORATORIA_EN_LA_APLICACION_DE_LA_VACUNA_DEL_VIRUS_DEL_PAPILOMA_HUMANO_EN_ESPAÑA.pdf
 2 Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, sep 2018. Informe semestral de la vacuna del virus del papiloma humano. Primer semestre del 2018.
 3 Increased incidence of cervical cancer in Sweden: Possible link with HPV vaccination. <https://doi.org/10.20529/IJME.2018.037>
 4 http://www.nkcx.se/templates/_rsrapport_2017.pdf
 5 http://www.nkcx.se/templates/_rsrapport_2018.pdf
 6 <http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/english/frame.asp>
 7 [\[professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/cervical-cancer/incidence\]\(http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/cervical-cancer/incidence\)
 8 Guo F, Cofie LE, Berenson AB. Cervical Cancer Incidence in Young U.S. Females After Human Papillomavirus Vaccine Introduction. *Am J Prev Med.* 2018 Aug;55\(2\):197-204.
 9 FDA Gardasil Clinical Review 2006\[cited 2018 Mar 22\]. Available from; \[http://www.impfkritik.de/download/gardasil_fda_464_pages.pdf\]\(http://www.impfkritik.de/download/gardasil_fda_464_pages.pdf\) \(pp.359-360\)
 10 Kanodia S, Fahey LM, Kast WM. Mechanisms used by human papillomaviruses to escape the host immune response. *Curr Cancer Drug Targets.* 2007 Feb;7\(1\):79-89.Review.
 11 Hortlund M, Elfström KM, Spareñ P, Almstedt P, Strander B, Dillner J \(2018\) Cervical cancer screening in Sweden 2014-2016. *PLoS ONE* 13\(12\): e0209003. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209003>](http://www.cancerresearchuk.org/health-</p>
</div>
<div data-bbox=)

12 Castanon A and Peter Sasieni P (2018) Is the recent increase in cervical cancer in women aged 20–24 years in England a cause for concern? *Prev Med.* 2018 Feb; 107: 21–28. doi: 10.1016/j.ypmed.2017.12.002
 13 Fangjian Guo, Jacqueline M Hirth, and Abbey B Berenson (2015): Comparison of HPV prevalence between HPV-vaccinated and non-vaccinated young adult women (20–26 years). *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 11(10), 2337—2344.
 14 Lei J, Ploner A, Lagheden C, et al. (2018). High-risk human papillomavirus status and prognosis in invasive cervical cancer: A nationwide cohort study. *PLoS Med* 15(10):e1002666. 1-15
 15 Instituto de Salud Carlos III (2017). Vigilancia de las Enfermedades de Transmisión Sexual, 1995-2015

SANEVAX PIDE EXPLICACIONES A LA FDA

Dudas sobre La seguridad, ética, efectividad y Legalidad de Gardasil

Estimado Dr. Gottlieb:

Esta carta, escrita en nombre de los consumidores médicos de todo el mundo, es una solicitud urgente para que investigue una posible conducta ilícita cometida por Merck durante sus ensayos clínicos de Gardasil, la vacuna contra el VPH que la FDA aprobó en junio de 2006.

El libro "La vacuna contra el VPH a juicio: En busca de justicia para una generación traicionada", de Rosenberg & Iorio, describe al menos cuatro áreas que requieren la atención urgente de la FDA.

Protocolo V501-018

El Protocolo V501-018 fue el único ensayo controlado en el grupo de niñas de 9 a 15 años, la única investigación de seguridad y eficacia a largo plazo en esta población. Las Revistas *Pediatric Infectious Disease Journal* and *Pediatrics* han publicado resultados que sugieren que la vacuna es segura y efectiva después de diez años de uso. Sin embargo, la Tabla 210 de Revisión Clínica de junio de 2006 de la FDA (Apéndice I) muestra que la formulación de la vacuna en el Protocolo 018 contenía solo la mitad del adyuvante de Merck (mercurio sulfato de hidroxifosfato de aluminio amorfo (AAHS)) en comparación con el Gardasil comercializado.

Este hecho sugiere intención de engañar. También sugiere sobreexposición imprudente de las niñas de todo el mundo que recibieron la vacuna comercializada con el doble de adyuvante AAHS, lo que ayuda a explicar el alto nivel de lesiones y muertes reportadas en todo el mundo.

Un consenso científico emergente encuentra que los adyuvantes de vacunas que contienen aluminio, incluido el

Extracto de la Carta Abierta de SANEVAX¹ al comisionado de la FDA para que investigue a fondo los ensayos clínicos que sirvieron para la aprobación y comercialización de la vacuna del papiloma Gardasil, fabricada por Merck (comercializada en España por Sanofy)

AAHS, probablemente causen una gran cantidad de problemas de salud graves. (Apéndice II).

Nuevas afecciones médicas

Alrededor de la mitad de todos los participantes en los ensayos clínicos para Gardasil y Gardasil 9 informaron "nuevas afecciones médicas" durante o inmediatamente después de recibir las dosis de vacuna. (Apéndice III).

"Nueva afección médica" no es un término definido en el protocolo de estudio de Merck.

¿Cómo puede la FDA estar segura de que las «nuevas afecciones médicas» que surgieron después de la vacunación no son simplemente reacciones adversas disfrazadas?

¿Qué documentación proporcionaron los investigadores de los ensayos a la FDA para las «nuevas afecciones médicas» en comparación con las «reacciones adversas» o los «eventos adversos»?

¿Cómo evaluó la FDA estas afecciones en la mitad de todos los participantes de ensayos que estaban previamente sanos?

Protocolo 015 Privación de Consentimiento Informado

La documentación del libro de Rosenberg & Iorio muestra que las participantes de los ensayos clínicos en Dinamarca recibieron información falsa sobre la seguridad de Gardasil y el placebo utilizado. Los autores proporcionan evidencia de dos participantes que informaron que no dieron su consentimiento informado debido a la información falsa que recibieron sobre el placebo y el perfil de seguridad de la vacuna. La privación del consentimiento informado para estos y potencialmente otros temas pone en duda la ética y la legalidad de los ensayos clínicos.

Uso de un adyuvante no divulgado y no aprobado

La FDA ha reconocido que Gardasil contiene fragmentos de ADN del VPH, a pesar de haberlo negado anteriormente.

El Dr. Sin Hang Lee, quien detectó por primera vez los fragmentos de ADN en muestras de tejido y viales de Gardasil, ha teorizado que estos fragmentos son agonistas del TLR9 que actúan como adyuvantes, lo que aumenta aún más la inmunogenicidad de la vacuna. Este adyuvante adicional no revelado y no aprobado, en combinación con el adyuvante AAHS, hace que la vacuna sea potencialmente más tóxica y peligrosa. El Dr. Lee ha testificado ante el Programa Nacional de Compensación de Lesiones por Vacunas sobre las lesiones que surgen de este adyuvante no revelado.

¿Cuál es el conocimiento de la FDA sobre esta tecnología y su uso en la vacuna Gardasil?

En resumen

Estamos muy preocupados de que la FDA no haya revisado los ensayos clínicos de Gardasil con suficiente rigor.

Esperamos tener noticias tuyas en un futuro próximo sobre una investigación reabierto y exhaustiva de los ensayos clínicos de Gardasil.

Norma Erickson,
Presidenta, SaneVax, Inc.

Para firmar:

<https://sanevax.org/fda-commissioner-investigate-gardasil-trials/>

1. SANEVAX. Organización sin ánimo de lucro para la promoción e información sobre vacunas y prácticas de vacunación seguras, asequibles, necesarias y eficaces



LA MUERTE DE MI MADRE ME HIZO MÁS LIBRE

Mari Luz Esteban
La oveja Roja, 2017

«No se pasa de lo posible a lo real, sino de lo imposible a lo verdadero» Desde esas palabras de María Zambrano en "Filosofía y poesía" leemos el título de este poemario. Con osadía minuciosa, Mari Luz Esteban escribe la verdad de las mujeres que están dispuestas a renombrar la vida, convocadas a SER cuando ya no son ni hijas, ni madres, ni parejas de nadie. Una poética, la de esta antropóloga, que es «autonarración» hecha «fábrica de futuro» para la construcción de unos vínculos en los que quepa toda nuestra potencia. (También en catalán en Pol-len Edicions, 2018)



MI EMBARAZO Y MI PARTO SON MÍOS

Guía de derechos para las embarazadas

Marta Busquets
Pol-len Edicions, 2019

La abogada y activista contra la violencia obstétrica, explica en esta guía, de manera amena y divulgativa, nuestros derechos en relación al embarazo y el parto desde una perspectiva teórica y práctica, con el objetivo de que todos los embarazos y partos, al margen de sus circunstancias concretas, puedan ser respetados y empoderadores. Un libro que cubre un vacío ya que en lugar de abordar el embarazo y el parto desde un punto de vista médico o vivencial, se centra específicamente sobre nuestros derechos y opciones. Una guía útil tanto para usuarias como para profesionales.



MIRADAS A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Dona Llum
Pol-len edicions, 2019

Este libro es un compendio de artículos, en el que diversas autoras reflexionan sobre la Violencia Obstétrica desde distintos campos de saberes y proximidades. Las distintas autoras narran los miedos, las agresiones, los abusos,... de los servicios sanitarios que algunas mujeres sufren durante el parto. Relatan también la posibilidad de transformación, y el valor del asociacionismo y la educación. El libro ha mantenido la lengua original en el que fueron escritos los capítulos por lo que encontraréis textos en castellano y en catalán.



LA TECNOLOGÍA DEL ORGASMO

La histeria, los vibradores y la satisfacción de las mujeres

Rachel P. Maines
Ed Milrazones, 2017

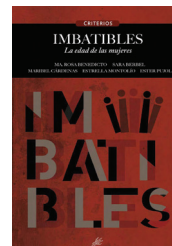
En las revistas femeninas que trataban de punto, ganchillo, encaje, bordado... de principios del siglo XX había muchos anuncios de un pequeño electrodoméstico, el vibrador, que se anunciaba como relajante muscular. A partir de ahí, Rachel Maines, comenzó una investigación, desde Hipócrates y Galeno hasta nuestros días, con resultados fascinantes: la enfermedad que durante 25 siglos se conoció como histeria era básicamente la expresión de la sexualidad femenina insatisfecha, y el tratamiento médico aplicado era sencillamente proporcionar esta satisfacción. La visión androcéntrica de la sexualidad, que no comprende ésta sin penetración, hizo que todo este boyante negocio médico pasara completamente inadvertido.



MUJERES Y LOCURA

Phyllis Chesler
Editorial Continta Me Tienes, 2019

Este libro fue el primero en abordar cuestiones críticas sobre las mujeres y la salud mental. Al combinar las entrevistas de los pacientes con un análisis de los roles de las mujeres en la historia, la sociedad y el mito, Chesler concluye que existe un doble estándar terrible cuando se trata de la psicología de las mujeres. En esta nueva edición, la autora aborda de frente muchos de los temas más relevantes para las mujeres y la salud mental en la actualidad, incluidos los trastornos alimentarios, la aceptación social de los antidepresivos, las adicciones, la sexualidad, la depresión postparto y más. Totalmente revisado y actualizado, Mujeres y locura sigue siendo tan importante hoy como lo fue cuando se publicó por primera vez en 1972.



IMBATIBLES

La edad de las mujeres

Maria Rosa Benedicto,
Sara Berbel,
Maribel Cárdenas,
Estrella Montolio
Calambur Editorial
Col. Criterios, 2019

Con el propósito de derribar el muro de silencio, anonimato e invisibilidad que levanta la edad, las coautoras de este libro llaman a romper con las jaulas de cristal que limitan el pleno desarrollo de las mujeres en el espacio público, en la ciencia, en el arte, en la tecnología, en la cultura, en la política, en la economía; exigen la erradicación de los estereotipos sociales reductivos y de los complejos inducidos por el entorno social.

UN MÉTODO PARA REDUCIR EL SOBREDIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA

Un grupo de investigadores de Granada (UGr y Hospitales Virgen de las Nieves y San Cecilio) han utilizado una herramienta matemática de simulación (el método MonteCarlo) para calcular el grado de sobrediagnóstico actual en los programas de cribado de cáncer de mama.

Los programas de "cribado mamográfico" pretenden detectar el cáncer de mama precozmente para aumentar las posibilidades de curación, pero también pueden producir sobrediagnóstico. Es decir, que detectan tumores que nunca darían síntomas clínicos ni podrían causar la muerte.

Con este potente método se pueden simular con mucha exactitud situaciones reales con muchos datos y con una gran capacidad de obtener resultados fiables, evitando sesgos y cualquier tipo de condicionamiento, lo que no es posible en los programas reales.

Esta investigación, cuya autora principal es la radiofísica Cristina Forastero, ha demostrado que, tal como se sospechaba, los programas de cribado actuales, dependiendo de su diseño, producen entre un 7 y un 20% de sobrediagnóstico, cuya consecuencia es un gran número de mujeres diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama innecesariamente.

<https://canal.ugr.es/noticia/herramienta-sobrediagnostico-programas-cribado-cancer/>



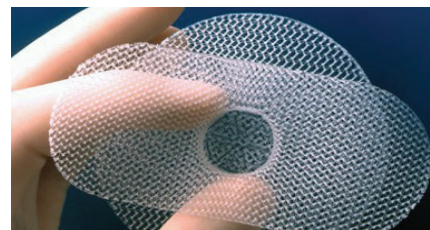
EVITAR EL SOL AUMENTA EL RIESGO DE MORIR O ENFERMAR

El autor de este artículo que, sin llegar a ser una revisión, repasa muchas publicaciones recientes sobre los perjuicios de evitar la exposición al sol, aboga por un cambio radical en los consejos de salud pública que durante décadas han sido fundamentalmente evitar ponerse al sol. Este repaso de la literatura médica reciente muestra, por ejemplo, la paradoja de que mientras las quemaduras solares graves aumentan el riesgo de melanoma, la exposición cotidiana al sol (evitando quemarse) lo disminuye. Además, varios estudios recientes muestran un aumento de mortalidad relacionado con no exponerse al sol. Por ejemplo, uno de EEUU estimó que aproximadamente el 12% de las muertes de ese país podrían estar relacionadas con la baja exposición al sol, y otro estudio de mortalidad por todas las causas encontró que evitar la exposición al sol aumentaba el riesgo de muerte de cualquier enfermedad.

Además, se constata que la exposición al sol disminuye la hipertensión y enfermedad cardiovascular, y que la falta de exposición es un factor de riesgo de cáncer de mama, diabetes o Alzheimer, y otras enfermedades.

Hoel DG, de Gruijl FR. Sun Exposure Public Health Directives.

Int J Environ Res Public Health. 2018 Dec 10;15(12)



RETIRADAS DEL MERCADO LAS POLÉMICAS MALLAS VAGINALES

Recientemente, la FDA (agencia estadounidense de regulación de medicamentos) ha ordenado a los fabricantes de mallas quirúrgicas transvaginales (Boston Scientific y Coloplast) que dejen de vender todos los dispositivos.

Estas mallas tienen como finalidad corregir el prolapso de órganos pélvico o la incontinencia urinaria y requieren para su colocación una operación quirúrgica a través de la vagina.

Se empezaron a implantar hace casi veinte años, pero poco a poco ha ido creciendo el número de mujeres (ahora ya decenas de miles en todo el mundo) que denuncian este dispositivo por los efectos adversos que produce: sangrado, secreción vaginal persistente, dolor pélvico crónico o dolor durante las relaciones sexuales.

Algunas mujeres experimentaron complicaciones poco después de la cirugía, pero en otros casos los problemas tardaron años en surgir.

La malla transvaginal ya está prohibida en Australia, e Irlanda y el Reino Unido han suspendido su uso desde julio de 2018. De momento la EMA (Agencia Europea del Medicamento) sólo ha recomendado su uso en caso de que hayan fallado o no se puedan aplicar otras alternativas, y la agencia española (AEMPS) ni siquiera eso. *Comunicado de prensa de la FDA, 16-4-2019. www.fda.gov/news-events*

Suscríbete al MyS para que podamos continuar



www.mys.matriz.net

¡Síguenos!

/Revista-MYS

/MySrevista

MyS MUJERES Y SALUD

Vale Regalo por la suscripción de 1 año (2 números) a la revista MyS.

- > Haz un ingreso de 20€ en la cc de CAPS: ES24 2100-0781-4902-0008-1043
- > Mándanos un mensaje a mys@pangea.org con los datos de la persona a quien se la regalas.

Con la colaboración de:

