

## Revisión

# Crisis sanitaria: Vacuna del Virus del Papiloma Humano.

## Health crisis: Human Papillomavirus Vaccine.

**M.M. Vergel Rodríguez<sup>1\*</sup>**

DUE. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Almería.

Fecha de recepción: 115/10/2009 – Fecha de aceptación: 24/01/2010

### Resumen

En la actualidad la información sanitaria se podría catalogar de bien público y más aún en situaciones de crisis sanitaria. Por lo que, las autoridades sanitarias, deben sentirse en la obligación de ofrecer una información contrastada, completa y prudente; de tal forma que las instituciones sanitarias poseen numerosas fuentes a las que acudir, elaboradas en los últimos años, para la comunicación efectiva y bien realizada de riesgos y/o crisis sanitarias. Otro agente que es determinante en la comunicación en estos casos son los medios de comunicación, los cuales deben velar por una información fidedigna y no alarmista. De manera que cuando acaece una crisis o riesgo sanitario, interactúan instituciones sanitarias, población y medios de comunicación, siendo primordial un flujo adecuado de información. Pero ¿existe ese flujo adecuado?, ¿el tratamiento de la información por parte de ambos es adecuado? En el presente artículo, tras valorar sus actuaciones con guías internacionales y códigos de buenas prácticas a través de un acontecimiento actual en España, se deduce que es correcta con algunos matices; y que existen más intereses que influyen en esta crisis ( que, posiblemente, no se conocen de forma colectiva).

**Palabras clave:** comunicación, medios de comunicación, alertas, guía, códigos éticos.

### Abstract

Currently the sanitary information would be able to catalogue of well public and more still in situations of sanitary crisis. For which the sanitary authorities should be felt in the obligation to offer an information contrasted, complete and prudent, for which the sanitary institutions possess numerous sources to the ones that to respond, elaborate in recent years, For the effective communication and well carried out of risks and/or sanitary crisis. Another agent that is determinant in the communication in these cases is the mass media, which should watch for a not alarmist and trustworthy information. So that when a crisis happens or sanitary risk, they interact sanitary institutions, population and mass media, being fundamental an adequate flow of information. But, that adequate flow exists? The information processing on the part of both is adapted? In this article, after valuing their actions with international guides and codes of good practices through a current event in Spain is deduced that is correct with some shades and that interests exist more than influence in this crisis and that, possibly, themselves they are not known of collective form.

**Key words:** communication, mass media, alert, guideline, codes of ethics.

---

\* Correspondencia: [vergel\\_enf@hotmail.com](mailto:vergel_enf@hotmail.com)

## Introducción

A lo largo de los últimos 20 años presenciamos, cada vez con más frecuencia, la irrupción en la sociedad de situaciones repentinas de riesgo y alarma para la salud que poco tienen en común con las clásicas epidemias. Desde el episodio del envenenamiento masivo por el aceite tóxico (aceite de colza, episodio importante acaecido en España) hasta el episodio de las “vacas locas”, hemos pasado por otras crisis, en España, Europa y el resto, al menos, de Occidente. Por ejemplo, la contaminación de alimentos por dioxinas en Bélgica, la exposición a uranio empobrecido en la guerra de los Balcanes, los alimentos transgénico, la peste porcina, la gripe aviar o las revueltas ciudadanas por la colocación masiva de antenas de telefonía móvil. El elemento común en todas estas situaciones ha sido que la población las percibe como de riesgo elevado, y exige una respuesta inmediata por parte de los responsables sanitarios<sup>1</sup>.

Las situaciones de emergencia ocurren de forma inesperada, la población no percibe que les vaya a suceder nada en el lugar en el que viven, ni tampoco a las personas cercanas; pero las emergencias ocurren y nos afectan a todos de manera directa o indirecta<sup>2</sup>. De manera que ante tal panorama, las administraciones sanitarias deben saber qué decir, cómo, cuándo, quién, a quién, de qué manera, empleando qué medio o qué soporte... convirtiéndose esto en una situación difícil si no se cuenta con una previsión o esquema de actuación claro.

En un mundo de información imperfecta, la información sanitaria puede ser catalogada como un bien público, por lo que las autoridades sanitarias deben sentirse en la obligación de ofrecer una información contrastada, completa y prudente ante el impresionante aumento de fuentes de información sanitaria. Desde el propio Ministerio de Sanidad y Política Social se reconoce que la proliferación de fuentes podría traducirse “en expectativas y demandas de la población, en ocasiones poco adecuadas”<sup>3</sup>.

Las instituciones sanitarias poseen numerosas fuentes a las que acudir, elaboradas en los últimos años, para la comunicación efectiva y bien realizada de riesgos y/o crisis sanitarias. Así, la OMS<sup>4</sup> refiere 5 apartados fundamentales para tales eventos: confianza, anuncio precoz, transparencia, el público y planificación; en la que se recogen los siguientes puntos principales:

- Diseñar un Plan de Crisis que establezca las pautas de comportamiento corporativo ante una emergencia.
- Designar portavoces.
- Nombrar un Comité Permanente de Crisis que respalde al departamento de Comunicación y Portavoces. El comité se reunirá fuera del lugar de trabajo y guardando la máxima confidencialidad en torno a la información manejada.
- Poner en marcha un sistema de seguimiento de medios de comunicación y atención de llamadas telefónicas.

- En una situación de crisis, la institución se convierte en objeto mediático. Los objetivos del Plan de Crisis serán minimizar los posibles efectos negativos que pueda tener la información de los medios de comunicación y restaurar la credibilidad de la institución.
- Preparar y aprobar los mensajes, argumentario y materiales de comunicación.
- La información que se transmita desde la institución debe cumplir cuatro condiciones: ser verídica, precisa, tranquilizadora y dinámica.

Otro sector que forma parte fundamental en la comunicación de los riesgos, nombrada anteriormente, son los medios de comunicación, los cuales deben velar por una información fidedigna y no alarmista. En el Foro Internacional de Comunicación del Riesgo, celebrado en Barcelona en el 2004<sup>5</sup>, se sintetizaron diez puntos que establecen que la comunicación sobre los riesgos naturales ha de servir al objetivo principal de prevenir a la población, respecto a su seguridad, y que las administraciones tienen el deber de facilitar a los ciudadanos la información asociada al riesgo y junto con los emisores favorecer la reflexión y contribuir a la educación en lugar de propiciar la alarma innecesaria. Estos emisores, con formación y conocimiento de los protocolos necesarios para el tratamiento de la información, en situaciones de crisis, deben defender los derechos de los afectados y colaborar con las administraciones públicas y comunidad científica; además de ser más allá de las situaciones de crisis y unificar criterios de comunicación para permitir la prevención y la autoprotección.

Los medios de comunicación cuentan con un código deontológico que, además de respaldar su profesión como sujeto e instrumento de la libertad de expresión, recoge estar sometido a los límites que impidan la vulneración de otros derechos fundamentales, como la información veraz y honesta<sup>6,7</sup>.

Pero también se debe reconocer que los medios de comunicación tienen especial sensibilidad ante ciertas situaciones; de manera que en aquellas crisis en las que hay alguna institución o persona a las que responsabilizar; o cuando es evidente que se intentan falsear u ocultar datos, serían especialmente atractivas para los medios de comunicación. Y así, una buena historia es aquella en la que tanto los intereses del público como los de los medios se refuerzan recíprocamente<sup>1,8</sup>.

De manera que, cuando acaece una crisis o riesgo sanitario, interactúan instituciones sanitarias, población y medios de comunicación, siendo primordial un flujo adecuado de información (en sus numerosas dimensiones).

Muchas de las crisis sanitarias van acompañadas de críticas por parte de la población y de los medios hacia las instituciones, acusándolas de ocultar información o de primar intereses más o menos velados (económicos o industriales) y que las autoridades no trabajan en primer lugar por la salud o intereses de los ciudadanos<sup>1,9</sup>. El contraargumento de los responsables suele ser el de actuar para evitar la alarma social de que responsabilizan, en gran medida, a los medios de comunicación, que tienen como objetivo generar crisis ficticias para mejorar sus ventas; sustentando esto en noticias de tipo alarmista<sup>5</sup>.

Tal contradicción de argumentos sugiere que el problema de la comunicación dista de estar resuelto y quienes más resultan lesionados en la confrontación son la población y las instituciones<sup>8,10</sup>. Las instituciones sanitarias, al fin del al cabo, se encuentran en el ojo del huracán en este tipo de eventos, ya que su situación en la administración la hace receptora de problemas y emisora de respuestas para los mismos. Pero en la práctica poco preparada para abordar temas como la percepción de los riesgos, a caballo entre la Psicología, sociología y la salud pública, y así comunicarlos de una forma adecuada.

No se debe olvidar que el objetivo estratégico de la comunicación de riesgos es disminuir la preocupación del público sobre ciertos riesgos para la salud<sup>11</sup> y llevar el riesgo percibido en línea con el riesgo real, de tal modo que las políticas resultantes sean adecuadas y razonables. A su vez, se debe tener en cuenta, y reconocer a los medios de comunicación como agentes amplificadores de los riesgos percibidos y no obviar su papel fundamental en la comunicación de los mismos, para conseguir una comunicación entre todos (principalmente instituciones y comunicadores) que minimicen conductas alarmistas y favorezca una comunicación correcta ante estas situaciones.

Para aproximarnos a la realidad de la comunicación de riesgos sanitarios en Europa, se toma como referencia la crisis suscitada en el territorio español por los acontecimientos relacionados, en un primer momento, con la vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH). Se plantea una comparativa entre la guía de la OMS (Outbreak Communication Guidelines) y el tratamiento de la información por parte de las instituciones, representadas en el Ministerio de Sanidad, la Agencia española de medicamentos y productos sanitarios (AEMPS) y la European Medicines Agency (EMA).

En otro apartado también se examina el tratamiento de la información por parte de los medios de comunicación nacionales en comparativa con el código deontológico de la profesión periodística<sup>6,7</sup> y el decálogo de la comunicación de riesgos descrito en el Foro Internacional de comunicadores de RINAMED (2004)<sup>12</sup>.

## Material y métodos

Para contextualizar el escenario, se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el VPH y la/s vacunas disponibles en el mercado, tras la cual se eligió parte del texto correspondiente al grupo de trabajo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones<sup>13</sup> que fue aprobado por la Comisión de Salud Pública (Septiembre 2007) y por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en octubre de 2007.

EL VPH representa una de las infecciones de transmisión sexual más común, se conocen más de 100 tipos virales que se clasifican en tipos de alto y bajo riesgo según sea su capacidad oncogénica. Los tipos 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 58, 59 y 66 son carcinogénicos para los humanos y considerados de alto riesgo y los incluidos como tipo 6 y 11, son de bajo riesgo y posibles carcinógenos (según la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC).

Alrededor del 70% de los casos de cáncer de útero en el mundo son producidos por el VPH tipo 16 o 18. Los VPH tipo 6 y 11 son los responsables de un porcentaje elevado de displasias cervicales leves y más del 90% de las verrugas genitales o condilomas. Habitualmente las infecciones por VPH ceden de forma espontánea en dos años, pero pueden persistir y evolucionar en 20 – 30 años a un cáncer cervical. Por ello, la detección precoz mediante cribados sistemáticos representa una estrategia de prevención secundaria muy eficiente para prevenir el cáncer cervical.

La prevalencia del VPH está relacionado con la edad, siendo más elevada al inicio de las relaciones sexuales (15-25 años de edad), produciéndose una disminución muy marcada entre los 25-40 años para estabilizarse a partir de esta última edad. En España se posee una prevalencia de las más bajas de Europa, acreedor de 3,4% (Sanjosé, 2003), aunque hay valores más altos en mujeres que acuden a centros asistenciales, un 10% (González, 2006) o un 17% (Múgica, 1992); además dependiendo del estudio se han detectado distintos tipos de VPH como más frecuentes pero todos asociados a mayor riesgos si hay mayor número de parejas sexuales y una ligera tendencia decreciente con la edad.

La incidencia de cáncer de cuello de útero la hace colocarse en el segundo tumor en frecuencia en las mujeres del mundo, aunque en España la incidencia del cáncer cervical en una de las más bajas de Europa (tasa estandarizada en 2002 de 7,6 casos por 100.000 mujeres), aunque la distribución geográfica no es homogénea.

También España posee una tasa mortalidad con respecto al cáncer de cuello de útero de las más bajas de Europa (en 2004 2 muertes por 100.000 mujeres, INE).

Pero aunque la tendencia temporal del cáncer de cuello de útero en España es menor con una reducción global de un 0,7% anual (1986-2000), no se trata de una reducción homogénea sino que aumenta un 4,1% anual en las mujeres entre 20-39 años, probablemente debido a cambios socioculturales que han modificado la probabilidad de la exposición al virus en sucesivas generaciones de mujeres.

En el mercado y aprobadas por las Agencias correspondientes, existen dos vacunas para el VPH: Gardasil (trivalente recombinante, que incluye los tipos 6, 11,16 y 18) y Cervaix (bilavente recombinante que incluye tipos 16 y 18).

Gardasil es una vacuna para la prevención de la displasia cervical de alto grado (CIN 2/3), carcinoma cervical, lesiones displásicas vulgares de alto grado (VIN 2/3) y las verrugas genitales externas, relacionadas causalmente con los tipos 6, 11, 16 y 18 del VPH.

La eficacia de Gardasil, en mujeres sin infección previa, es del 95-100% entre las manifestaciones descritas en el párrafo anterior, aunque no es tan evidente frente a neoplasia vulvar y vaginal.; así como también a pacientes previamente infectados.

Los resultados de inmunogenicidad dan respuestas superiores al 99% y niveles más altos en los grupos de menores de 12 años.

La persistencia de inmunidad es entre 2 y 5 años dependiendo del grupo de edad, e incluso se ha demostrado una respuesta inmunitaria de memoria después de 5 años de administración de la misma.

La introducción de un programa de vacunación frente al VPH no eliminará la necesidad del cribado que ya se realiza ya que el cáncer puede estar producido por otros tipos no incluidos en la vacuna.

Desde una perspectiva de Salud Pública sobre el uso de la vacuna frente a VPH se establecen las conclusiones siguientes:

- Ante una recomendación de vacunación universal, la estrategia que garantiza una óptima efectividad es la vacunación de niñas antes del inicio de la actividad sexual.
- Existen otras opciones adicionales a la vacunación universal, a considerar en un futuro, que estarían condicionadas a la eficacia de la vacuna en edades en las que ya se ha estado expuesta a la infección y a la cobertura a alcanzar.
- Se desconoce la duración de la inmunidad y de la eficacia clínica conferida por la vacuna a medio-largo plazo, por lo que se precisa de una vigilancia especial para valorar la necesidad de dosis de refuerzo.
- La vigilancia, deberá permitir conocer el comportamiento de los tipos de VPH no incluidos en la vacuna.
- Se deben promover campañas de educación sanitaria para evitar que la percepción de seguridad tras la introducción de la vacuna, lleve a un aumento de prácticas sexuales no seguras, de forma especial entre los adolescentes vacunados.

Incluir una vacuna frente al VPH es de costo efectivo en aquellos países que no tienen establecido un programa de cribado; pero en los países en los que hay programas bien implantados, el beneficio de la vacunación recaerá en las mujeres no alcanzadas por el mismo. Cuando existe un programa de cribado el beneficio marginal de la inclusión de la vacuna dependerá de la efectividad

de los programas establecidos, de las estrategias de vacunación y su cobertura y de las características de la vacuna.

Con lo relatado en los párrafos anteriores la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones, en su reunión celebrada el día 20 de Febrero de 2007 acuerda proponer a la Comisión de Salud Pública, las siguientes recomendaciones:

Iniciar la vacunación sistemática de las niñas de una cohorte, a elegir entre los 11-14 años de edad por cada Comunidad Autónoma, en función de sus necesidades, prioridades y logística de los programas de vacunación.

Dicha Ponencia revisaría periódicamente estas recomendaciones cuando obtengan nuevas evidencias científicas.

Por otra parte, la Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones hace las siguientes recomendaciones:

1. En el contexto de una vacunación universal deberá ponerse en marcha en grupo de trabajo específico que elabore las recomendaciones pertinentes para la mejora del cribado del cáncer de cuello de útero.
2. Se deberán realizar estudios periódicos para conocer los genotipos circulantes de los VPH.

Con respecto al tratamiento de la información por parte de las instituciones nos basamos en la guía de la OMS<sup>4</sup>. En ella se indica que debe promover una comunicación preventiva frente a una comunicación reactiva así como a establecer una comunicación con los medios basados en comunicados de prensa frente a conferencias de prensa.

La guía señala los siguientes pasos:

- Diseñar un plan de Crisis que establezca las pautas de comportamiento corporativo ante una emergencia.
- Designar portavoces.
- Nombrar un Comité Permanente de Crisis que respalde al departamento de Comunicación y Portavoces. El Comité se reunirá fuera del lugar de trabajo y guardando la máxima confidencialidad en torno a la información manejada.
- Poner en marcha un sistema de seguimiento de medios de comunicación y atención de llamadas telefónicas.
- En una situación de crisis, la institución se convierte en objeto mediático. Los objetivos del Plan de Crisis serán minimizar los posibles efectos negativos que pueda tener la información de los medios de comunicación y restaurar la credibilidad de la empresa.
- Preparar y aprobar los mensajes, argumentario y materiales de comunicación.

- La información que se transmita desde la institución debe cumplir cuatro condiciones: ser verídica, precisa, tranquilizadora y dinámica.
- El material informativo para los medios de comunicación se compondrá de: Dossier informativo e informe técnico.
- Adaptar los mensajes a la evolución de la crisis. Elaborar nuevos materiales acordes con las circunstancias.

En el contexto de los medios de comunicación el código deontológico de los periodistas<sup>19,20</sup> resume los siguientes puntos:

- Respetar la verdad y el derecho que tiene el público a conocerla, constituyendo esto el deber primordial del periodista.
- No suprimirá informaciones esenciales, no falsificará esta, e informará sobre hechos sobre los que conoce el origen.
- Debe investigar y publicar con honestidad la información, tiene la libertad de comentario y crítica justa, equitativa y con lealtad.
- Se debe esforzar en rectificar cualquier información publicada que sea inexacta y perjudicial.
- El profesional se cuidará de los riesgos de una discriminación basada en cualquier tipo de pretexto.

## Resultados

El pasado 6 de Febrero de 2009, la Consellería de Sanitat de la Comunidad Valenciana comunica al Ministerio de Sanidad y Consumo la existencia de dos posibles casos de efectos adversos en niñas vacunadas en su comunidad frente al VPH; de hecho ambas niñas habían recibido la vacuna de la misma marca comercial y del mismo lote.

Esta noticia es la que dispara la voz de alarma ante la vacunación del VPH que, tras estudiar la bibliografía existente, ha desatado polémicas desde ante de su introducción en el calendario español de vacunación.

Aunque desde el inicio de la campaña de vacunación del VPH y principios de Febrero, el Sistema Español de Farmacovigilancia (SEFV) había registrado 103 notificaciones de sospechas de reacciones adversas, 35 habían sido calificadas como graves, solo cinco estaban relacionadas con convulsiones y de esos cinco, dos fueron calificados como clínicamente graves, los ocurridos en la Comunidad Valenciana, que requirieron la hospitalización de las niñas.

### **Actuación de las instituciones**

Por parte de los poderes públicos nos encontramos a:

- **Consellería de Sanitat de la Comunidad Valenciana**, la cual notifica, el pasado 6 de Febrero de 2009, al Ministerio de Sanidad y Consumo la existencia de ambos casos sospechosos junto con el tipo de vacuna, marca y número; así como también el desarrollo de un proceso evaluación sobre la posible relación entre la administración de la vacuna y los efectos adversos sufridos por ambas pacientes. También suspende hasta nueva orden la campaña de vacunación frente al VPH.
- **El Ministerio de Sanidad y Política Social**, tras conocer la notificación por parte de la Comunidad Valenciana, convoca:
  - a) 9/Febrero/2009: Comisión de Salud Pública extraordinaria con todas las Comunidades Autónomas en la que se informa de lo acaecido y se adoptan las siguientes medidas:
    - En base al principio de precaución, se ordena la suspensión temporal del lote relacionado de vacuna frente al VPH. Se localizan los lotes distribuidos en todo el territorio español tanto los adquiridos por las Comunidades como los distribuidos al canal farmacéutico, dando la alerta de seguridad e inmovilizándolos; todo esto en coordinación no sólo con las Comunidades sino con la compañía productora de la vacuna relacionada.
    - Paralelamente se continuará con la vacunación normalizada evitando el lote en cuestión en las Comunidades Autónomas, excepto la valenciana.

- La investigación se lleva a cabo coordinadamente entre los departamentos de Salud Pública de la Comunidad Valenciana y del Ministerio de Sanidad y Consumo.
  - Toda la anterior información es puesta en conocimiento de los medios de comunicación y por extensión a la población, mediante notas y/o comunicados de prensa.
- b) 12/Febrero/2009: El Ministerio de Sanidad emite un comunicado aclaratorio ante las informaciones, no muy específicas, aparecidas en los medios de comunicación sobre lo acaecido y la puesta en marcha de medidas.
- c) 13/Febrero/2009: La Comisión de Salud Pública del SNS, reunida a esta fecha, ratifica de forma coordinada y tras evaluar ambos casos sospechosos, continuar con normalidad la campaña de vacunación. Además la Comunidad Valenciana la retomará con fecha 16/Febrero.
- d) 23/Abril/2009: Comunicado de Prensa aclaratorio que tras la investigación pertinente no existe relación causal entre la administración de la vacuna y los efectos acaecidos.
- 
- **La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)**, comienza en Febrero de 2009 hasta Abril (cuando se emiten los comunicados finales ), a evaluar de forma exhaustiva la calidad y la seguridad de las vacunas frente al VPH en colaboración con la Agencia Europea de Medicamentos y la red de agencias de los Estados miembro de la UE. Para evaluar los casos la AEMPS se constituyó un Comité formado por expertos en las diversas áreas relevantes para el caso ( neurología, neuropediatría, psiquiatría, inmunología, virología, epidemiología, salud pública, Farmacovigilancia y evaluación de la calidad de vacunas, por ejemplo ); también se contó con asesores en áreas específicas. Este comité se reunió en tres ocasiones, donde asistieron también los integrantes del equipo sanitario que atiende a las pacientes de Valencia. Emitiendo a día 23 de Abril de 2009 sus conclusiones resumidas anteriormente.

Basándonos en la Outbreak Communication Guidelines (OMS)<sup>4</sup>, se cumplen los puntos básicos de comunicación en crisis sanitarias de forma general, con información veraz, aclaratoria, con un comité específico con reuniones repetidas en el tiempo, notas de prensa y siempre emitidas por un solo agente, por ejemplo.

## **Actuación de los medios de comunicación**

### **Titulares en prensa escrita:**

- a) 09/02/2009: Sanidad inmoviliza un lote de vacunas contra el papilomavirus tras reacciones en dos niñas. Las jóvenes, nacidas en 1994, están ingresadas desde el pasado día 4 y 6 de Febrero. Al poco de ser vacunadas, tuvieron que ser hospitalizadas en el Clínico de Valencia (El Mundo, 09 de Febrero de 2009).
- b) 10/Febrero/2009: Dos chicas enferman tras vacunarse del papiloma. Sanidad ordena la retirada de 75.000 dosis por las sospechas (El País, Valencia, 10 de Febrero de 2009).
- c) 12/09/2009: Vuelve a UCI una de las niñas ingresadas por la vacuna del papiloma. Las dos menores ingresadas permanecen “estables dentro de la gravedad”. Los expertos esperan a conocer su diagnóstico para valorar lo ocurrido. (El Mundo, 12 de Febrero de 2009).
- d) 12/02/2009: Farmacovigilancia registra 103 notificaciones de posibles reacciones adversas a la vacuna del papiloma. Sanidad asegura que 35 casos se calificaron en principio como graves y sólo cinco han sido relacionados con convulsiones. (El País, 12 de Febrero de 2009).
- e) 16/02/2009: Sanidad cree que los efectos de Gardasil “ forman parte de lo esperado “. No se ha establecido una relación de causalidad entre el medicamento y el evento clínico. (El Mundo, 16 de Febrero de 2009).
- f) 19/02/2009: La Agencia europea del Medicamento recomienda la vacunación con Gardasil (El Mundo.es, 19 de Febrero de 2009).
- g) 19/02/2009: La Agencia Europea avala la vacuna del papiloma. La institución señala que “es muy improbable” que se repitan los efectos adversos que sufrieron dos jóvenes en Valencia tras ser vacunadas (El País, 19 de Febrero, 2009).
- h) 16/03/2009: El extraño caso de Raquel y Karla. Dos niñas llevan entrando y saliendo de la UCI, con convulsiones, tras haber sido vacunadas del papiloma. (El País, 16 de Marzo de 2009).
- i) 16/03/2009: Una de las niñas ingresadas tras recibir la vacuna del papiloma recibe el alta. La otra menor permanece en la UCI tras sufrir el sábado otra crisis convulsiva (El País.com, 16 de Marzo de 2009).
- j) 22/03/2009: El padre de una afectada por la vacuna sugiere más casos. (El País, Valencia, 22 de Marzo de 2009).
- k) 07/04/2009: Sobreseída la denuncia de las familias de las menores ingresadas tras vacunarse del papiloma. El juez afirma que “no existe suficiente evidencia científica” para establecer una relación entre la inoculación y las crisis convulsivas. (El País, 7 de Abril de 2009).
- l) 22/04/2009: Las niñas no enfermaron por la vacuna del papiloma, según expertos. (El País, 22 de Abril de 2009).

- m) 23/04/2009: Sanidad concluye que no hay relación entre la vacuna del papiloma y los trastornos de las niñas hospitalizadas. (La Vanguardia, 23 de Abril de 2009).
- n) 24/04/2009: Sanidad desvincula la vacuna del papiloma de las dos niñas enfermas. Los expertos concluyen que no hay prueba biológica de la relación del tratamiento con las dolencias de las jóvenes valencianas. (El País, 24 de Abril de 2009).

Basándonos en el código deontológico de los periodistas<sup>19</sup> y las anteriores referencias bibliográficas<sup>7,12</sup>, la información ha sido tratada con objetividad y rigor; pero comparando los comunicados de prensa del Ministerio y las noticias vertidas por los medios de comunicación al público general, no son del todo imparciales. De hecho en algunas noticias de prensa se obvian detalles de la actuación del Ministerio que podrían tranquilizar a la población, como las medidas llevadas a cabo. También existen artículos de opinión o reportajes que muestran una realidad subjetiva desde el punto de vista de los afectados, pero muestra a la institución de forma escueta y poco aclaratoria.

## Discusión

Analizando las posiciones que las instituciones y medios de comunicación ocupan en las crisis sanitarias y basándonos en las guías y códigos expuestos podemos afirmar que de forma general la actuación de ambos es correcta, aunque posiblemente mejorable en algunos aspectos como la imparcialidad y la calidad de la información que llega a la población general.

Pero en el caso concreto del VPH, hay que añadir una polémica previa a los acontecimientos de la Comunidad Valenciana que desembocaron en crisis sanitaria.

La vacuna del VPH remonta sus noticias hasta el año 2007, y no solo en territorio español sino europeo y hasta mundial. Partidos políticos, científicos y medios de comunicación se han presentado como grandes defensores o, en su defecto, grandes opositores a la vacunación del virus en cuestión.

Se ha reprochado a las Agencias de Medicamentos a lo largo del mundo de aprobar el uso de la vacuna en tan solo tres o seis meses cuando el periodo suele ser bastante más largo y costoso.

A su vez se ha señalado a las grandes compañías farmacéuticas de agresivas campañas de marketing, creando en la sociedad la sensación de que es necesario vacunarse.

De hecho en la política española, se ha presentado un manifiesto a favor de una moratoria en la aplicación de la vacuna en nuestro país respaldado por científicos y políticos de diversa índole; el cual ha aumentado en firmas de forma considerable a partir de los hechos acontecidos en la Comunidad Valenciana. Además en el territorio político se apoyan también en el gasto que produce la campaña de vacunación y en el tiempo en que los resultados serán visibles y en el número de

casos evitados, siendo 30 años en el tiempo y no en un número que, según las fuentes, justifiquen el gasto en la actualidad.

De manera que, tal vez el trasfondo de la crisis sanitaria con respecto a la vacunación del VPH sea político y económico por lo que a pesar de un correcto tratamiento de la información por parte de las instituciones y los medios de comunicación no solventen de forma total el problema, ya que si se ven manejadas por estos intereses, el acontecimiento se repetirá en el tiempo hasta que la batalla la gane el que más poder tenga o consiga.

## Referencias

1. Bennet P. Understanding responses to risk: some basic findings. En: Bennet P and Calman K. Risk communication and public health. New York: Oxford University Press; 1999, p. 3-19.
2. Acinas MP. Información a la población en situaciones de emergencia y riesgo colectivo. *Intervención Psicosocial (Mad)*. 2007; 16 (3): 1-17.
3. Costa M, Riviere A, Vilella M, Costa J. Comunicación de riesgos y percepción de la población: el caso de la encefalopatía bovina espongiforme (EBE) en España. *Rev. Administración Sanitaria (Mad)*. 2003; 1 (3): 457-70.
4. World Health Organization. Outbreak communication guidelines. WHO Expert Consultation on Outbreak Communication. Ginebra: WHO;2005. WHO/CDS/2005.28
5. Moreno C, Camaño R. La comunicación de riesgo de contagio de Legionelosis en la Comunidad Valenciana. Un análisis mediático. *Rev. Enfermería Integral (Barc)*. 2005; Diciembre 2005: 34-40.
6. Federación de Asociaciones de Periodistas de España. Código Deontológico. Disponible en: <http://www.fape.es/>
7. Federación Internacional de Periodistas. Declaración de Principios sobre la Conducta de los Periodistas. 18º Congreso Mundial de la FIP (Helsingor, Dinamarca) 1986.
8. Tormo MJ, Banegas JR. Mejorar la comunicación de riesgos de salud pública: sin tiempo para demoras (editorial). *Rev. Esp Salud Pública*. 2001;75; 7 – 10.
9. Informe Quiral 2000, 2001, 2002. Disponible: <http://www.fundacionvilacasas.org/informequiral.htm>.
10. Hernández I, Ramírez R. El impacto sanitario de los medios de comunicación en las alertas sanitarias. El caso de la gripe aviaria (editorial). *Rev. Enfermería Clínica* 2006; 16 (3): 109-111.
11. Remington PL. Communicating epidemiologic information. En: Brownson RC, Petitti DB. *Applied epidemiology. Theory to practice*. New York: Oxford University Press; 1998, p. 323 – 348.
12. Foro Internacional de Comunicadores RINAMED: La Comunicación del Riesgo. Decálogo de la Comunicación de los Riesgos naturales en el arco del Mediterráneo Occidental (Barcelona) Octubre 2004.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Grupo de trabajo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Virus del Papiloma Humano. Situación actual, vacunas y perspectivas de utilización.
14. Artundo C, Rivadeneyra A. Hacia una nueva organización de los dispositivos de salud pública en España. *Rev. Gaceta Sanitaria* 2008; 22 (Supl 1):96-103.
15. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto Carlos III, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Amenazas para la salud y crisis sanitarias. Aproximación a la alerta y respuesta. Informe SESPAS 2008. *Rev. Gaceta Sanitaria* 2008; 22 (Supl 1): 65-70.
16. Slovic P. Informing and educating the public about risk. *Risk Analysis*; 1986; 6: 403-15.
17. Castiel LD, Álvarez-Dardet C. Las tecnologías de la información y la comunicación en salud pública: las precariedades del exceso (colaboración especial). *Rev Esp. Salud Pública (Mad)*. 2005; 79 (3): 321-31.
18. Banegas JR. La comunicación de riesgos en salud pública. *SEE Nota* 1997;10; 1- 2.
19. García JC. Actuación del Hospital General Universitario Gregorio Marañón en los atentados del 11 de Marzo. Relaciones con los medios de comunicación. *Rev. Medicina Clínica* 2005; 124 (Supl 1): 53-53.

20. Gestal JJ, Figueiras A, Montes A. Enfermedades infecciosas emergentes (revisión). Rev. Medicina Clínica (Barc) 1997; 109: 553-561.
21. Pérez-Castellanos M. Alertas alimentarias en salud pública. Rev. Gaceta Sanitaria 2004; 18 ( Supl. 1 ): 70-77.
22. Posada de la Paz M. ¿Cómo enfrentarse a una crisis en Salud Pública ? ( editorial ). Rev. Medifam (Mad) 2002; 12 (1): 3-7. Febrero 2007. Disponible en:  
[http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/VPH\\_2007.pdf](http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/VPH_2007.pdf).