

Vacunación contra el virus del papiloma humano en América Latina

LECCIONES APRENDIDAS DE UN PROGRAMA EXPERIMENTAL EN EL PERÚ | DICIEMBRE 2010



PATH es una organización internacional sin fines de lucro, dedicada a desarrollar soluciones sostenibles y con pertinencia cultural que posibilitan a comunidades de diversas partes del mundo romper los perdurables ciclos de salud precaria. A través de colaboración con distintos socios de los sectores público y privado, ayudamos a proporcionar tecnologías apropiadas para la salud y estrategias esenciales que transforman la manera en que la gente piensa y actúa. Nuestra labor mejora la salud y el bienestar de las personas a nivel global

Con sede en Seattle, Washington, PATH tiene 30 oficinas en 21 países.

El proyecto global *Vacunas contra el VPH: Evidencias para impacto* está siendo ejecutado por PATH y sus socios con el apoyo financiero de la Fundación Bill & Melinda Gates. Las opiniones expresadas en el presente informe no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Fundación Bill & Melinda Gates.

Copyright © 2010, Program for Appropriate Technology in Health (PATH). Todos los derechos reservados. El material contenido en este documento puede utilizarse libremente para fines educativos o no comerciales, siempre y cuando se cite el crédito correspondiente.

Para obtener información adicional, por favor contactar a:

PATH

Dirección postal:

PO Box 900922
Seattle, WA 98109

Dirección física:

2201 Westlake Avenue
Suite 200
Seattle, WA 98121
Tel: (206) 285-3500

Tel: +1 (206) 285-3500

info@path.org

www.path.org/cervicalcancer

Biblioteca de recursos de RHO sobre el cáncer de cuello uterino: www.rho.org

RHO Cervical Cancer resource library: www.rho.org

Cita sugerida: PATH, Instituto de Investigación Nutricional (IIN) y Ministerio de Salud (MINSA) del Perú, Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI). *Vacunación contra el virus del papiloma humano en América Latina: Lecciones aprendidas de un programa experimental en el Perú*. Seattle: PATH; 2010.

Todas las fotografías: PATH

Reconocimientos

Este documento es una síntesis de los siguientes informes de investigación:

Jumaan A, LaMontagne DS, Winkler JL, et ál. *Resumen de la experiencia y evaluación del proyecto piloto de la vacuna contra el virus del papiloma humano en el Perú*. Lima, Perú: Ministerio de Salud del Perú (MINSA), Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI), Instituto de Investigación Nutricional (IIN) y PATH; 2009.

Penny ME, Bartolini RM, Mosqueira NR. *Evaluation of a one-year HPV vaccine delivery demonstration project in Peru*. Lima, Perú: IIN; 2009.

El estudio operacional que sirvió de base para todos los documentos fue realizado por la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI) del Ministerio de Salud (MINSA) del Perú, en colaboración con PATH, y evaluada por MINSA/ESNI, IIN y PATH como parte del proyecto *Vacunas contra el VPH: Evidencias para impacto*. Un generoso apoyo financiero fue proporcionado por la Fundación Bill & Melinda Gates para este trabajo.

Queremos agradecer a todas las personas y entidades que colaboraron con el estudio operacional en el Perú:

- El equipo de investigación del IIN: Mary E. Penny, Rosario Bartolini y N. Rocío Mosqueiro.
- El equipo del proyecto Vacunas contra el VPH de PATH, especialmente a Irma Ramos, Inés Contreras, Jennifer L. Winkler, Aynah Janmohamed, Aisha Jumaan, D. Scott LaMontagne, Carol Levin, Vivien Tsu y Scott Wittet.
- El Gobierno del Perú: Funcionarios y funcionarias de alto nivel y personal del MINSA y la ESNI, en particular María Ana Mendoza.
- Autoridades sanitarias regionales en Ayacucho, Piura y Ucayali, particularmente las responsables de inmunizaciones, incluyendo a Pilar Puza, Vilma Sullca y Norma Beteta.
- A nivel local y distrital: líderes, funcionarios y funcionarias, proveedores de salud, docentes, autoridades escolares y representantes de la sociedad civil en Ayacucho, Piura y Ucayali.
- Nuestra socia externa, la Coalición Multisectorial Perú contra el Cáncer.

Este informe fue preparado por Jennifer Kidwell Drake, de PATH. Los equipos de PATH, IIN y MINSA/ESNI realizaron la revisión técnica de este documento. El informe fue diseñado por Melanie Wang y Scott Brown (PATH), revisado por Rachel Moorhead y traducido al español por Laura E. Asturias.

También agradecemos el apoyo administrativo brindado por Rica Asunción, Inés Contreras y Christina Smith durante todo el proceso de la investigación.

Finalmente, manifestamos nuestro agradecimiento a las madres, los padres, tutores, niñas y niños que participaron en la investigación y compartieron su tiempo y sus reflexiones para ayudarnos a comprender los temas.

Índice

Resumen ejecutivo	3
Introducción	5
Lecciones aprendidas: Desarrollo y ejecución de una estrategia de vacunación contra el VPH	8
Grupos objetivo y sitios para vacunación	8
Cuestiones operacionales	11
Lecciones aprendidas: Capacitación, movilización comunitaria e información y educación	14
Capacitación del personal de salud y docente	14
Proyección comunitaria	16
Mensajes	20
Conclusión	22
Referencias	23



Una niña en Chulucanas, Piura, recibe su tercera dosis de la vacuna contra el VPH como parte de un proyecto demostrativo implementado por el Gobierno del Perú, con apoyo técnico de PATH.

Resumen ejecutivo

En 2006, PATH inició el proyecto *Vacunas contra el VPH: Evidencias para impacto* con el propósito de contribuir a que las vacunas que previenen el cáncer de cuello uterino estén disponibles a las mujeres en todo el mundo—especialmente en países donde ellas tienen más probabilidades de morir a causa de esta enfermedad. A fin de abordar el hecho de que las mujeres en estos países suelen enfrentar retrasos en su acceso a las nuevas tecnologías de salud, el proyecto *Vacunas contra el VPH* busca generar pruebas para ayudar a formuladores de políticas y planificadores a nivel mundial a tomar decisiones informadas respecto a los esfuerzos regionales y nacionales de introducción de la vacuna y los planes de financiamiento internacional de ésta.¹

El proyecto está siendo implementado en cuatro países: India, Perú, Uganda y Vietnam. El Perú tiene una de las tasas más altas de incidencia de cáncer de cuello uterino y de mortalidad a causa de éste en la región de América Latina y el Caribe. A través de un proyecto demostrativo ejecutado en 2008–2009 en áreas seleccionadas del país, la vacuna contra el VPH se puso a disposición de todas las niñas de nueve años de edad o mayores que cursaban el quinto grado. El proyecto en el Perú fue implementado por la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI) del Ministerio de Salud (MINSA), con apoyo técnico de PATH, y evaluado por MINSA/ESNI, PATH y el Instituto de Investigación Nutricional (IIN).

Las lecciones aprendidas del proyecto en el Perú pueden aplicarse a otros países con contextos culturales, económicos y sanitarios similares. Este informe interpreta los resultados y resume lecciones útiles para formuladores de políticas y gerentes de programas que deseen diseñar sus propios programas de vacunación contra el VPH.

Lecciones aprendidas: Desarrollo y ejecución de una estrategia de vacunación contra el VPH

GRUPOS OBJETIVO Y SITIOS PARA VACUNACIÓN

- Lección 1:* Distribuir la vacuna contra el VPH a través de escuelas fácilmente accesibles puede lograr altos niveles de cobertura a costos programáticos marginales razonables.
- Lección 2:* Se necesita una coordinación temprana entre los sectores de salud y educación a fin de establecer un calendario factible de inmunización para una vacuna de dosis múltiples dentro del año escolar.
- Lección 3:* El personal de salud debe tratar de visitar las escuelas sólo una vez por cada dosis y el seguimiento de niñas que no reciban alguna dosis debería hacerse a través de los centros de salud.

CUESTIONES OPERACIONALES

- Lección 4:* Calendarizar minuciosamente las solicitudes de vacunas puede ayudar a optimizar la capacidad de almacenamiento con cadena de frío.
- Lección 5:* La autorización parental requerida para la vacunación en escuelas debe ser la misma que se aplica a las demás vacunas.
- Lección 6:* Un protocolo para el programa de vacunación puede ayudar a mantener la calidad, facilitar la capacitación, estandarizar la distribución y generar confianza en la comunidad.

- Lección 7:* El personal docente puede proporcionar nóminas de niñas elegibles para vacunación.
- Lección 8:* Se requiere orientación clara y concisa para estandarizar el reporte de eventos adversos.
- Lección 9:* Los sistemas de reporte de vacunación deberían ser diseñados para minimizar la carga y confusión del personal de salud.

Lecciones aprendidas: Capacitación del personal de salud, movilización comunitaria, información y educación

CAPACITACIÓN DE PERSONAL DE SALUD Y DOCENTES

- Lección 10:* Capacitar al personal de salud y a docentes para que se conviertan en capacitadores aumenta la motivación y genera capacidad dentro del país.
- Lección 11:* Una metodología participativa y materiales gráficos sencillos de capacitación son componentes clave de una estrategia eficaz de capacitación.
- Lección 12:* El valor de una capacitación intensiva debe contrastarse con el gasto y tiempo requeridos para implementación y participación.
- Lección 13:* Para la vacunación en escuelas, el personal docente necesita un entrenamiento que consuma menos tiempo que las sesiones de capacitación diseñadas para el personal de salud.

INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA COMUNIDAD

- Lección 14:* Es importante utilizar una gama de metodologías para movilización comunitaria, incluyendo los medios masivos de comunicación.
- Lección 15:* La resistencia inicial a la vacunación puede superarse dando a madres y padres un tiempo para recabar información y brindándoles educación y asistencia basados en pruebas a fin de que puedan tomar decisiones.
- Lección 16:* Las personas que gozan de confianza e influencia en la comunidad pueden servir como defensoras y fuentes de información respecto a la vacunación.
- Lección 17:* Los sectores de salud y educación juegan roles complementarios en la movilización de la comunidad.
- Lección 18:* Las propias niñas juegan un rol clave en educar a madres y padres y educarse unas a otras sobre la vacunación.

MENSAJES

- Lección 19:* Los mensajes educativos eficaces abordan las necesidades, dudas e inquietudes de la comunidad.
- Lección 20:* Abordar el deseo de prevenir o evitar el cáncer y tener un futuro saludable, así como reforzar actitudes positivas hacia la vacunación, son buenas bases para elaborar mensajes clave.
- Lección 21:* Un lenguaje e imágenes simples son lo mejor para transmitir mensajes clave a públicos diversos.
- Lección 22:* La gente busca información complementaria por su propia cuenta.

Introducción

PATH inició en 2006 el proyecto *Vacunas contra el VPH: Evidencias para impacto* con el propósito de contribuir a que las vacunas que previenen el cáncer de cuello uterino estén disponibles a las mujeres en todo el mundo—especialmente en países donde es más probable que ellas mueran a causa de esta enfermedad. Nuevas vacunas—Gardasil® de Merck y Cervarix™ de GlaxoSmithKline—contra el virus del papiloma humano (VPH), la principal causa del cáncer de cuello uterino, han sido probadas y autorizadas para su uso en más de 100 naciones. Los países de ingreso bajo y medio a menudo enfrentan obstáculos sustanciales para integrar nuevas vacunas en sus programas nacionales de inmunización, lo cual significa que sus habitantes deben esperar muchos años antes de tener acceso a intervenciones que salvan vidas y que actualmente están disponibles en entornos de ingresos más altos. El proyecto *Vacunas contra*

Características singulares de las vacunas contra el VPH

Aunque los países en desarrollo a menudo enfrentan varios retos comunes para integrar nuevas vacunas en sus programas nacionales de inmunización (incluyendo financiamiento, capacitación del personal de salud, fortalecimiento de la capacidad de almacenamiento con cadena de frío, así como educación para las comunidades), algunos atributos de las vacunas contra el VPH plantean desafíos singulares. Por lo tanto, una robusta base de pruebas provenientes de diversos países, como la generada a través del proyecto *Vacunas contra el VPH: Evidencias para impacto*, es especialmente importante para facilitar el acceso de las niñas a las vacunas en todas partes.

- **Rango etario óptimo para la vacunación:** Las vacunas contra el VPH son 90% eficaces para prevenir la infección por dos tipos de VPH que causan alrededor del 70% de los casos de cáncer de cuello uterino—pero sólo en niñas y mujeres sin infección por VPH previa.²⁻⁶ Dado que la mayor incidencia de VPH ocurre pronto después del inicio de las relaciones sexuales, la inmunización debería proporcionarse antes de que éstas tengan lugar. Por lo tanto, las adolescentes jóvenes son el grupo objetivo apropiado para la vacunación contra el VPH, tal como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud.⁷
- **Sexo:** La infección por VPH es común entre chicos y chicas; sin embargo, aunque los varones pueden transmitir el VPH, no van a desarrollar cáncer de cuello uterino. El beneficio potencial de vacunar a niños aún está siendo investigado.⁸
- **Infección de transmisión sexual (ITS) y enfermedad del sistema reproductor:** el VPH es una ITS y a madres/padres en algunos países les ha preocupado que la vacuna pudiera alentar a sus hijas a iniciar la actividad sexual a una edad más temprana.⁹⁻¹¹ Los resultados de los proyectos en la India, el Perú, Uganda y Vietnam han mostrado que ésta no fue una gran preocupación para madres/padres en estos países.¹² Sin embargo, dado que el cuello uterino es parte del sistema reproductor, a algunos padres y madres en estos países les preocupaba que la vacuna pudiera afectar adversamente la fertilidad de sus hijas.
- **Largo atraso en los beneficios:** Muchas vacunas previenen enfermedades que progresan rápidamente en niñas y niños pequeños. En contraste, por lo general el cáncer de cuello uterino no se desarrolla sino hasta que la mujer es adulta, décadas después de la edad objetivo de la vacunación. Los beneficios de la vacunación contra el VPH son, por lo tanto, menos inmediatos que los de otras vacunas.

el VPH busca generar pruebas para ayudar a formuladores de políticas y planificadores a nivel mundial a tomar decisiones informadas respecto a los esfuerzos regionales y nacionales de introducción de la vacuna y el financiamiento internacional de ésta para una mejor prevención del cáncer de cuello uterino.¹

El proyecto está siendo implementado en cuatro países: India, Perú, Uganda y Vietnam. El Perú tiene una de las tasas más altas de incidencia de cáncer de cuello uterino y de mortalidad a causa de éste en la región de América Latina y el Caribe¹³: cada año, aproximadamente 35 mujeres por cada 100,000 desarrollan nuevos casos de cáncer de cuello uterino y 16 por cada 100,000 fallecen debido a ello.¹⁴ Las lecciones aprendidas del Perú pueden aplicarse a otros países con contextos culturales, económicos y sanitarios similares.

En 2006 y 2007 se llevó a cabo una investigación formativa en el Perú para recabar información sobre creencias, valores, actitudes y conductas en relación con el cáncer de cuello uterino entre niñas, sus madres y padres, trabajadores de salud, docentes, líderes de las comunidades y formuladores de políticas.^{15,16} La investigación formativa ayudó a idear una estrategia de distribución de la vacuna, una estrategia de comunicación y otra de promoción que fueron implementadas a través de un proyecto demostrativo de inmunización. El proyecto demostrativo fue ejecutado en 2008-2009 en una zona predefinida de la región costera de Piura, incluyendo localidades rurales, urbanas y urbanomarginales. La vacuna estuvo disponible a todas las niñas de nueve años de edad o mayores que cursaban el quinto grado de la totalidad de

Resultados del proyecto demostrativo en el Perú

Los resultados detallados acerca de la cobertura, aceptabilidad, factibilidad y costo de implementación provenientes del proyecto en el Perú estarán pronto disponibles en otro lugar, pero acá incluimos un resumen.

- Las tasas de cobertura fueron de más del 80% en todos los sitios del proyecto en el Perú y fue baja la pérdida de seguimiento de niñas que iniciaron la serie de tres dosis.
- Los costos programáticos marginales* de llevar la vacuna contra el VPH a las niñas fueron más bajos en lugares urbanos y periurbanos que en áreas rurales remotas, ya que el personal de salud pudo tener acceso más fácilmente a las escuelas para llegar a niñas elegibles.
- Se consideró factible vacunar a las niñas en las escuelas, ya que ello no afecta de manera significativa la cobertura rutinaria de inmunización infantil.

Al momento de escribir este informe, el MINSA también está analizando una estrategia de vacunación en centros de salud para determinar si los recursos humanos y financieros requeridos son similares a la metodología de vacunación en escuelas y, a partir de esto, orientar la adopción nacional de decisiones respecto a un programa vacunación contra el VPH.

* Los costos programáticos incluyen dos componentes principales: costos iniciales o de introducción y costos recurrentes. Los costos iniciales incluyen microplanificación, sensibilización, movilización y supervisión. Los recurrentes incluyen costos de los suministros de jeringas, agujas y otros; costos de personal estimados con base en el tiempo empleado por el personal en las actividades de vacunación, así como costos fijos y variables para transporte y almacenamiento de la vacuna. Los costos programáticos no incluyen el valor de la vacuna, ya que al momento de implementar el proyecto no se conocía el precio por dosis de la vacuna contra el VPH para los programas de inmunización del sector público.

escuelas primarias estatales y privadas. Adicionalmente, en 2008 se ofreció la vacuna a niñas de quinto grado de 54 escuelas en la región selvática de Ucayali y las montañas de Ayacucho.

Las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) en Piura, Ayacucho y Ucayali desarrollaron planes de vacunación contra el VPH para el proyecto demostrativo que definieron las actividades, los recursos humanos, materiales y calendarios relacionados con la implementación de la vacunación contra el VPH. La Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI) del Ministerio de Salud (MINSA) del Perú proporcionó vacunaciones con apoyo técnico de PATH. El proyecto utilizó los sistemas de salud y educación a nivel regional y departamental.

El Instituto de Investigación Nutricional (IIN) evaluó la cobertura de la vacuna, su aceptabilidad y la factibilidad de las estrategias implementadas en el proyecto demostrativo, mientras que MINSA/ESNI y PATH colaboraron para calcular los costos asociados. Los resultados de la evaluación serán publicados en detalle en otro espacio (ver recuadro en la página 6). Este informe interpreta los resultados y resume lecciones útiles para formuladores de políticas y gerentes de programas que deseen diseñar sus propios programas de vacunación contra el VPH.

LECCIONES APRENDIDAS:

Desarrollo y ejecución de una estrategia de vacunación contra el VPH

GRUPOS OBJETIVO Y SITIOS PARA VACUNACIÓN

LECCIÓN 1: Distribuir la vacuna contra el VPH a través de escuelas fácilmente accesibles puede lograr altos niveles de cobertura a costos programáticos marginales razonables.

Aunque la vacuna está autorizada en el Perú para niñas y mujeres entre 9 y 26 años de edad, las vacunas contra el VPH son más eficaces cuando se administran a adolescentes jóvenes antes de que tengan su primera relación sexual (ver recuadro en la página 5).⁷ Contando con estos conocimientos, el proyecto y el Gobierno analizaron conjuntamente las tasas de asistencia escolar y edades por grado a fin de determinar el mejor grupo objetivo para el proyecto

¿Cuánto cuesta proporcionar la vacuna contra el VPH?

Los resultados detallados sobre el costo del método peruano para la distribución de la vacuna contra el VPH serán reportados en otro espacio. En breve, la evaluación reveló que administrar la vacuna contra el VPH a través de una estrategia basada en escuelas es más caro en zonas rurales que en áreas urbanas. Adicionalmente, los costos de puesta en marcha y supervisión inicial, inclusive para movilizar a las comunidades, capacitar al personal y sensibilizar a formuladores de políticas, representan un porción sustancial (alrededor de 35%) de los gastos programáticos para nuevos programas de vacunación contra el VPH. Estos costos se reducirán con el tiempo, a medida que el programa esté más establecido.

Entre los costos recurrentes más importantes figuran los de movilización asociados a trabajadores de salud que administran las vacunaciones en entornos escolares. Estos costos representan el costo de trabajadores de salud que transportan las vacunas desde el centro o puesto de salud hasta la escuela, vacunan a las niñas en ésta y regresan al centro de salud. También incluyen los viáticos diarios y los costos reales asociados con cualquier modo de transporte, ya sea el uso de vehículos del MINSA, taxi, transporte público o desplazamiento a pie. El costo por cada niña en las regiones más alejadas puede ser más alto que para otras áreas, debido a la necesidad de viáticos para alojamiento durante la noche, mayores costos de transporte y una menor cantidad de niñas por cada sesión de vacunación.

Como ya se señaló, los costos de la distribución de la vacuna contra el VPH en las escuelas son similares a los costos programáticos para campañas o actividades de inmunización complementarias que llegan a grupos objetivo considerados fuera del programa rutinario de inmunizaciones para niñas y niños.

Los costos del programa de la vacuna contra el VPH deben tenerse en cuenta, así como el costo de la propia vacuna. A fin de asegurar tasas altas de cobertura, se necesitarán suficientes recursos para microplanificación, sensibilización, movilización y supervisión—especialmente si la meta es mantener altas esas tasas.

demostrativo. En vista de que el Perú tiene tasas altas de asistencia escolar en el quinto grado—se estima que superan el 95%—y más bajas en el sexto grado y la escuela secundaria,¹⁷ se seleccionó como un grupo objetivo apropiado a las niñas de nueve años y mayores matriculadas en el quinto grado.

En general se alcanzó un alto nivel de cobertura cuando la vacuna fue distribuida en escuelas primarias a niñas que cursaban el quinto grado (ver recuadro en la página 6). En áreas urbanas y urbanomarginales, donde reside la mayor parte de la población y en las que el personal de los centros de salud podía tener un fácil acceso a escuelas medianas y grandes, los costos adicionales del programa, excluyendo los costos de introducción, fueron de aproximadamente US \$1.00 a \$1.30 por dosis aplicada (es decir, alrededor de \$3.00 por niña completamente inmunizada) (ver recuadro en la página 8). Los costos marginales de este método son similares a los costos programáticos para campañas o actividades de inmunización complementarias que llegan a grupos objetivo considerados fuera del programa rutinario de inmunización para niñas y niños menores de un año. Sin embargo, algunas escuelas rurales están tan lejanas y poco pobladas que llegar a las niñas en estas áreas (20% de todas las niñas elegibles en el proyecto demostrativo) representaba un costo programático mucho mayor que en lugares más accesibles—lo cual refleja el reto general de incrementar el acceso de poblaciones que disponen de escasos servicios a atención de salud preventiva (ver recuadro abajo).

Las actuales colaboraciones entre los sectores de salud y educación pueden ayudar a superar los retos en áreas rurales

En algunos casos fue difícil llegar a las escuelas en áreas rurales remotas para vacunar a las niñas. Sin embargo, esto sucede en todas las intervenciones sanitarias, no sólo con las vacunas contra el VPH. Las familias en áreas rurales a menudo se mostraron muy agradecidas con el personal de salud por hacer el esfuerzo; en algunas comunidades montañosas, las familias brindaron alojamiento y alimentos a vacunadores que habían caminado hasta por cinco horas para llegar a ellas.

La ubicación afecta la prestación de servicios, pero otros factores pueden ser más importantes para lograr una alta cobertura. Por ejemplo, una escuela rural fue capaz de alcanzar el 100% de cobertura debido a que las maestras trabajaron estrechamente con las madres y niñas de la comunidad para educarlas respecto a la vacuna y también porque la escuela tiene una sólida historia en cuanto a intervenciones sanitarias preventivas. En general había fuertes vínculos entre la escuela, el sector de salud y la comunidad. En contraste, las escuelas en otra área lograron sólo el 50% de cobertura. En estos casos, el personal docente no se involucró en las actividades de vacunación, lo cual significó que hubo una carga sustancial sobre el personal de salud para acercarse a la comunidad.

LECCIÓN 2: Se necesita una coordinación temprana entre los sectores de salud y educación a fin de establecer un calendario factible de inmunización para una vacuna de dosis múltiples dentro del año escolar.

En algunos lugares, las autoridades educativas y el personal docente trabajaron con el sector de salud para planificar la vacunación antes de que iniciara el año escolar; en otros, la planificación comenzó sólo después de haber empezado el año escolar. Debido al calendario de dosificación

de la vacuna contra el VPH (tres dosis a lo largo de seis meses), era difícil administrar las tres dosis completas dentro de un año escolar si la vacunación no había comenzado temprano en el ciclo escolar. Por otra parte, una estrecha coordinación significó que las y los docentes pudieron informarles a las niñas y sus familias acerca de las siguientes visitas del personal de salud con mucha anticipación a las fechas programadas.

LECCIÓN 3: El personal de salud debe tratar de visitar las escuelas sólo una vez por cada dosis y el seguimiento de niñas que no reciban alguna dosis debería hacerse a través de los centros de salud.

Inevitablemente, algunas niñas estarán ausentes de las escuelas en los días en que se vacuna. En ocasiones, el personal de salud tuvo que visitar las escuelas hasta cuatro veces para completar las vacunaciones de niñas elegibles, lo cual incrementa los costos generales de transporte y personal de la intervención. Una coordinación temprana con el personal escolar ayudó a alcanzar mayor asistencia a las escuelas y por ende una cobertura más alta en la primera visita. Los resultados indican que a las niñas que no han sido inmunizadas en la escuela se les debería recordar vacunarse en el centro de salud más cercano. Estrategias alternativas para llegar a niñas que no reciben la primera dosis podrían incluir aprovechar oportunidades para integrar la vacunación en otras actividades (por ejemplo, en programas sociales, mercados o ferias), especialmente en las áreas rurales.



Niñas practican la técnica del “brazo de gelatina” antes de ser inmunizadas (ver página 19).

CUESTIONES OPERACIONALES

LECCIÓN 4: Calendarizar minuciosamente las solicitudes de vacunas puede ayudar a optimizar la capacidad de almacenamiento con cadena de frío.

La investigación formativa inicial en el Perú reveló que podría haber un insuficiente almacenamiento con cadena de frío disponible para las tres dosis de la vacuna contra el VPH (sobre todo en el contexto de múltiples campañas de vacunación concurrentes).¹⁵ A fin de solucionar este problema, el personal de salud a nivel local ordenó y recogió los suministros de vacunas en centros regionales más cerca de la fecha de vacunación para que los viales pudieran almacenarse por menos tiempo. Después del proyecto demostrativo, el personal de salud confirmó que no tuvo grandes problemas con la cadena de frío.

LECCIÓN 5: La autorización parental requerida para la vacunación en escuelas debe ser la misma que se aplica a las demás vacunas.

De conformidad con las directrices del Perú, además de obtener asentimiento verbal previo de las propias niñas para ser vacunadas, a sus madres/padres se les pidió firmar una autorización escrita para la vacunación contra el VPH. Esto fue visto como una solicitud inusual en lugares donde a madres y padres no se les requirió una autorización escrita durante una campaña concurrente de vacunación contra la hepatitis B. La diferencia en el proceso dio lugar a que algunos padres y madres sospecharan que la vacuna contra el VPH era de alguna manera más riesgosa. Esto fue un problema particularmente en el Bajo Piura, donde el Ministro de Salud visitó un establecimiento de salud alrededor del tiempo en que se administrarían las vacunaciones contra el VPH y en un refrigerador encontró un vial de vacuna expirada (pero no una contra el VPH). Ello ocasionó alguna publicidad, por lo que la combinación de ambas circunstancias generó cierta resistencia a la vacunación en general, y específicamente a la vacuna contra el VPH, entre madres, padres y otras personas de la comunidad.

LECCIÓN 6: Un protocolo para el programa de vacunación puede ayudar a mantener la calidad, facilitar la capacitación, estandarizar la distribución y generar confianza en la comunidad.

Las vacunaciones como parte del proyecto se realizaron de acuerdo a un protocolo escrito sencillo, el cual detalló los procedimientos que el personal de salud debía seguir antes, durante y después de la vacunación. Además, el protocolo enfatizó la calidad de la atención, con base en inquietudes que fueron expresadas por algunas niñas, madres y padres durante la investigación formativa.^{15,16}

En general, las y los trabajadores de salud estimaron que utilizar un protocolo de vacunación como éste era un método sostenible. En particular ayudó a definir las funciones y los pasos del proceso de vacunación. También fue un recordatorio fácilmente accesible para el personal de salud y facilitó la capacitación de nuevo personal. Muchos trabajadores de salud comentaron que el protocolo les dio confianza en la aplicación de la vacuna. Por ejemplo, enfermeras y enfermeros comentaron que les ayudó a concentrarse no sólo en los pasos requeridos para la vacunación sino también en asuntos tales como privacidad, vigilancia de eventos adversos e higiene—en otras palabras, pudieron equilibrar las necesidades relacionadas tanto con la cobertura como con la calidad del servicio.



Una trabajadora de salud llena el formulario de reporte de vacunación contra el VPH.

LECCIÓN 7: El personal docente puede proporcionar nóminas de niñas elegibles para vacunación.

Al inicio del proyecto se determinó que las nóminas de niñas elegibles para serían vacunadas (requeridas a fin de planificar el suministro de vacunas) vendrían de los registros escolares del quinto grado. Sin embargo, los centros de salud enfrentaron muchos obstáculos y atrasos en su acceso a estas nóminas, lo que a su vez retrasó la puesta en marcha de la vacunación. De hecho, las nóminas recabadas por la Unidad de Gestión Educativa Local no fueron concluidas sino hasta el final del primer semestre (o, en algunos casos, el fin del año escolar) debido a deserción y traslados de alumnas. Por lo tanto, se usaron las nóminas que habían sido preparadas por docentes. Al utilizar esta metodología, se requieren instrucciones claras de que todas las niñas elegibles deben estar en la nómina: hubo docentes que incluyeron sólo a niñas que presentaron una autorización firmada, lo cual puede afectar el mantenimiento de registros y las estimaciones de la cobertura.

LECCIÓN 8: Se requiere orientación clara y concisa para estandarizar el reporte de eventos adversos.

No se reportaron eventos adversos graves en ninguna de las regiones.* Sí hubo eventos adversos leves, pero fueron poco comunes. Por ejemplo, algunas niñas sintieron mareo o debilidad,

* La vigilancia de los eventos adversos siguió el sistema rutinario del MINSA para detección, investigación, manejo y reporte que se utiliza en todas las vacunaciones incluidas en el programa nacional de inmunizaciones. Después de la vacunación, las niñas fueron observadas durante por lo menos 15 minutos, y hubo personal y medicamentos al alcance para tratar cualquier evento adverso serio que pudiera ocurrir durante el periodo de observación.

principalmente (se pensó) debido a su ansiedad respecto a la vacunación o al hecho de tener el estómago vacío. Sin embargo, en Ayacucho se reportaron tasas relativamente más altas (pero de todos modos bastante bajas) que en Piura o Ucayali de eventos adversos leves después de haber sido administrada la primera dosis de la vacuna. Aunque hubo directrices disponibles al personal de salud respecto al reporte de eventos adversos, se percibió que eran muy extensas y complejas. Sintetizar estas directrices en puntos de acción claros y concisos para el personal de salud podría haber ayudado a asegurar una práctica consistente de reporte.

LECCIÓN 9: Los sistemas de reporte de vacunación deberían ser diseñados para minimizar la carga y confusión del personal de salud.

Los informes sobre la cantidad de niñas vacunadas siguieron los canales rutinarios. El formulario estándar de reporte fue adaptado para el seguimiento de las tres dosis de la vacuna, una necesidad identificada en la investigación formativa.^{15,16} Sin embargo, para procedimientos de rutina también se suponía que los formularios serían presentados a diario. Dado que algunas veces tomó más de un día vacunar a un grupo de niñas en un aula, hubo múltiples transcripciones de la misma hoja de reporte. Esto fue especialmente problemático cuando el personal de salud tenía que enviar originales impresos al nivel central y no había fotocopadoras disponibles para reproducir los registros por su propia cuenta. Un método más eficiente sería transmitir los registros a la oficina de estadística cuando se haya completado la vacunación de cada dosis a todo el grupo de niñas.

LECCIONES APRENDIDAS:

Capacitación, movilización comunitaria e información y educación

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD Y DOCENTE

LECCIÓN 10: Capacitar al personal de salud y a docentes para que se conviertan en capacitadores aumenta la motivación y genera capacidad dentro del país.

En un curso de dos días se capacitó a un grupo selecto de trabajadores/as de salud como capacitadores regionales para el proyecto demostrativo. Después estas personas entrenaron a otras en sus distritos, incluyendo a personal de salud y docentes, quienes luego capacitaron a sus colegas a nivel local. El personal de salud y docentes a quienes se entrenó para capacitar a sus colegas reportaron haberse sentido mucho más partícipes que normalmente en la implementación de la vacunación y más importantes en cuanto al éxito final del programa. En particular, enfermeras y enfermeros destacaron que se sintieron más como líderes, no sólo vacunadores, del programa de vacunación. Las y los trabajadores de salud también apreciaron que las técnicas y metodologías de capacitación que aprendieron fueron pertinentes para utilizarlas en otras áreas de su trabajo y les ayudarían a fortalecer su capacidad como capacitadores en general.

LECCIÓN 11: Una metodología participativa y materiales gráficos sencillos de capacitación son componentes clave de una estrategia eficaz de capacitación.

La gran mayoría de trabajadores de salud hizo comentarios positivos acerca del proceso de capacitación y particularmente apreció el enfoque participativo. Consideraron que este enfoque ofrecía muchas ventajas, en comparación con capacitaciones didácticas normales que implican largos periodos de simplemente sentarse y escuchar. Por ejemplo, les pareció que fue útil simular situaciones a las que se enfrentarían en el campo (tales como interactuar con madres/padres o coordinarse con docentes) y que practicar diferentes componentes de su trabajo anticipadamente les facilitaba recordar los pasos durante la implementación.

Además, trabajadores/as de salud y docentes sintieron que los materiales gráficos sencillos elaborados para la capacitación les ayudaron a asimilar y retener información. En particular apreciaron que no se haya utilizado ninguna presentación de PowerPoint. Dado que no se usaron o requirieron medios electrónicos para las capacitaciones, esto también hizo que la metodología pudiera replicarse a los niveles más bajos del sistema de salud, donde no había proyectores disponibles. Por ejemplo, los talleres podían realizarse utilizando sólo papel para rotafolios y copias de los materiales proporcionados.

LECCIÓN 12: El valor de una capacitación intensiva debe contrastarse con el gasto y tiempo requeridos para implementación y participación.

Aunque los comentarios de las personas participantes sobre la capacitación fueron generalmente positivos, algunos/as trabajadores/as de salud y docentes consideraron que las capacitaciones deberían durar menos de dos días—sobre todo en vista de que la capacitación les representaba tener que estar lejos de su trabajo regular. Los costos de transporte y de coordinación de las capacitaciones pueden ser significativos. Una manera de superar estos retos es integrar la

capacitación para los programas de vacunación contra el VPH en actividades de capacitación ya programadas o de rutina (por ejemplo, la capacitación del personal de salud en vacunación). Adicionalmente, si bien utilizar a integrantes del personal como capacitadores tiene muchos beneficios, también significa que trabajadores de salud y docentes capacitadores tienen una sobrecarga de trabajo. El apoyo de supervisores a estas actividades fue crucial para una implementación efectiva.

LECCIÓN 13: Para la vacunación en escuelas, el personal docente necesita un entrenamiento que consuma menos tiempo que las sesiones de capacitación diseñadas para el personal de salud.

Fue muy beneficioso propiciar una participación más directa de docentes en la planificación de la vacunación. Por ejemplo, el personal docente apreció la oportunidad de aprender más acerca de la vacuna, de la condición de salud involucrada y de cómo educar a madres/padres y niñas sobre estos asuntos—en el pasado, por lo general sólo se les notificaba la fecha de las siguientes vacunaciones y se esperaba que ayudaran a reunir a estudiantes elegibles. Adicionalmente, muchas/os docentes que asistieron a la capacitación tenían serias preguntas y preocupaciones respecto a la vacuna, incluyendo por qué iba dirigida a un grupo etario particular y porqué era necesaria una autorización por escrito que no se requería para otras vacunas. Hubo quienes también expresaron preocupación de que la vacuna pudiera esterilizar a las niñas. Las capacitaciones ayudaron a disipar estas dudas.



Como parte de una sesión de educación comunitaria, una maestra en Yarinacocha, Ucayali, presenta fotografías que muestran el desarrollo del cáncer de cuello uterino.

Sin embargo, en vista del tiempo y los recursos financieros requeridos para una capacitación formal, los resultados del proyecto sugieren que podría ser más factible y sostenible un enfoque diferente para involucrar a docentes: uno que se centre menos en la capacitación y más en simplemente proporcionar información pertinente. La clave parece ser fortalecer a docentes brindándoles información e ideas acerca de cómo enseñarles a las niñas sobre la vacunación contra el VPH, pero los talleres de capacitación formal no son necesariamente requeridos para lograr esto. Como ya se señaló, otra opción podría ser brindar información y educación sobre la vacunación contra el VPH en foros donde ya se estén reuniendo docentes.

También debería considerarse el momento para capacitar a diferentes grupos. Capacitar primero al personal de los centros de salud tuvo la ventaja de prepararle a fin de que sirviera como fuente consistente y confiable de información para docentes y personas de la comunidad después de las capacitaciones a docentes y otras actividades de movilización.

PROYECCIÓN COMUNITARIA

LECCIÓN 14: Es importante utilizar una gama de metodologías para movilización comunitaria, incluyendo los medios masivos de comunicación

Se sensibilizó considerablemente a las comunidades, incluyendo a madres, padres y niñas, mediante estrategias de comunicación interpersonal—enfoques que se centraron en educación impartida por docentes o trabajadores de salud. Sin embargo, el uso de medios masivos—sobre todo estaciones de radio locales—para difundir información sobre la vacuna contra el VPH también ayudó a promover la toma de conciencia y reforzar mensajes clave (ver recuadro abajo). Además se colocaron afiches y banderolas al frente de los centros de salud y de algunas escuelas. Muchas madres y niñas dijeron haber visto las banderolas, lo cual les dio seguridad sobre el carácter oficial del proceso de vacunación. Los panfletos que madres y padres podían llevarse de las sesiones educativas también ayudaron a reforzar el aprendizaje.

Involucrar a periodistas directamente puede ser una parte importante de las campañas a través de medios masivos

Un elemento importante de usar los medios masivos es brindar información a periodistas antes de que inicie la vacunación. En vez de sólo dar una conferencia de prensa, reunir a periodistas en una sesión educativa participativa puede ayudarles a comprender qué es la vacuna y la condición de salud que se está previniendo con la misma. En particular, esto hace posible que las y los periodistas contrarresten eficazmente la información errónea que se disemina a través de canales informales. Después de las capacitaciones para periodistas, casi el 90% apoyó la vacunación contra el VPH. También apreciaron el enfoque interpersonal a la educación comunitaria. Tal como observó una de estas personas, “creo que la estrategia ha sido buena. En esta vacuna nos quitan a nosotros [periodistas] como intermediarios principales de transmitir información y se convierten los que aplican la vacuna en intermediarios directos; entonces evitas cualquier tipo de distorsión o rumor que pudiera existir, y lo refuerzas como elemento secundario al medio de comunicación. La estrategia de comunicación es diferente.”

LECCIÓN 15: La resistencia inicial a la vacunación puede superarse dando a madres y padres un tiempo para recabar información y brindándoles educación y asistencia con base en pruebas a fin de que puedan tomar decisiones.

Los comentarios de madres, padres y sus hijas indicaron que si bien muchas/os reaccionaron inicialmente a la nueva vacuna con dudas y escepticismo, éstos fueron disipados por los esfuerzos educativos de docentes y trabajadores/as de salud, como también por la información que madres y padres buscaron independientemente. Ello ayudó a enfatizar cuán crucial es incluir movilización y educación comunitarias como parte de la introducción de una nueva vacuna e implementar estas actividades antes de la jornada de vacunación; como lo dijo una maestra, “Yo creo que la información y comunicación que se les pueda dar a las mamás es fundamental (...) informarlas de cuán beneficioso es y cuánto las va a ayudar en su salud a las mujeres... creo que las mamás no se van a negar”. Dicho de otra manera, las decisiones acerca de si una niña sería vacunada o no se dieron con el tiempo en el contexto de iniciativas y movilización por parte de docentes y personal de salud, influencia de madres/padres y parientes e influencia de los medios de comunicación y otras circunstancias sociales (ver recuadro abajo).

LECCIÓN 16: Las personas que gozan de confianza e influencia en la comunidad pueden servir como defensoras y fuentes de información respecto a la vacunación.

En aquellos casos en que tenían buenas relaciones previas con madres y padres, el personal de salud y/o docentes pudieron hacer un seguimiento eficaz con familias que necesitaban más información para decidirse respecto a la vacunación. Un trabajador de salud mencionó a una enfermera muy conocida en el pueblo, quien ayudó a muchos padres y madres a decidir vacunar a sus hijas cuando les dio infundió seguridad de que la vacuna contra el VPH no es peligrosa (ver recuadro en la página 18). Docentes a quienes se les informó anticipadamente sobre la vacunación se convirtieron no sólo en aliados eficaces, brindando información a madres, padres y niñas, sino además en pilares de apoyo para el personal de salud durante el proceso de vacunación. A menudo también trabajaron estrechamente con las niñas a fin de prepararlas para ser vacunadas. Muchos/as trabajadores de salud mencionaron que, a consecuencia de ello, las niñas estuvieron más dispuestas que en el pasado a participar en las vacunaciones.

La movilización de la comunidad marca una diferencia

Una niña compartió la historia de cómo ella, su madre y sus amigas llegaron a aceptar la vacunación: “Mi mamá me conversó, como yo tenía miedo a las vacunas porque decían que esa vacuna dolía mucho; pero mi mamá me dijo que no le tenga miedo y entienda [que es] para una enfermedad ... el cáncer de cuello uterino... Cuando fuimos al centro de salud le preguntamos a la enfermera. Nos dijo que estaban vacunando las tres dosis porque esta vacuna [es parte de] la campaña que está haciendo el MINSA ... cuesta mucho y ahorita están dándola gratis, y que debíamos aprovechar porque hay unas personas que no quieren esta vacuna ... había una madre que le dijo a mi mamá: ‘no hagas que [a] tu hija la vacunen, porque esa vacuna duele mucho y hace que no tenga hijos después’. Pero mi mamá no le hacía caso porque ya le habían dado la charla. Esa señora no había estado en la charla. Pienso que no se enteró de la charla y que debía recurrir a la charla para que pudiera entender mejor. Su hija se vacunó, porque al último la hicieron entender que la vacuna era buena.”

En lugares donde el personal docente no se involucró en la vacunación o no la apoyó, también hubo desconfianza o falta de participación por parte de madres/padres. Por ejemplo, un trabajador de salud comentó que el personal docente de una escuela no había coordinado activamente las reuniones educativas comunitarias, lo que significó que ningún padre o madre asistió a éstas. Como resultado, ese trabajador de salud tuvo que ir de casa en casa para educar a madres y padres—el trabajo de toda una tarde—y dos niñas más participaron en la vacunación. Aunque éste es un resultado admirable, el apoyo de un docente u otro aliado habría marcado una diferencia, ya que se habrían utilizado menos recursos (ver recuadro en la página 19).

Líderes influyentes, que podrían también ser personal de salud o educación, son fuentes eficaces de información para niñas, madres y padres sobre la vacunación. El Ministro de Salud, el alcalde, el administrador de desarrollo social y el director de educación en el Perú estaban a favor de la vacuna contra el VPH, lo cual ayudó a infundir seguridad en madres y padres acerca de la seguridad y eficacia de ésta, como también de que se trataba de una actividad oficial del Gobierno. Además, funcionarios y funcionarias de alto nivel del MINSA dijeron públicamente que habían vacunado a sus hijas, lo cual ayudó a generar confianza entre el público.

LECCIÓN 17: Los sectores de salud y educación juegan roles complementarios en la movilización de la comunidad.

Tal como lo dijo una trabajadora de salud al describir la coordinación entre los sectores de salud y educación, “dos son mejor que uno”. Cuando el personal docente estaba teniendo sesiones educativas con las comunidades, especialmente en lugares donde los programas de salud escolares eran menos comunes, fue muy útil contar con trabajadores de salud para que, de ser necesario, brindaran apoyo e información detallada. De manera similar, las y los docentes pudieron apoyar al sector de salud debido a sus fuertes relaciones con madres, padres y niñas (ver recuadro abajo).

Aunque en el Perú la vacunación en las escuelas generalmente ha involucrado coordinación por medio de comunicaciones escritas del sector de salud al de educación, en el caso de la

Las y los trabajadores de salud son también recursos de información para sus familias y amistades

Dos niñas relataron las siguientes historias acerca de cómo profesionales de la salud a quienes sus familias conocían les infundieron seguridad respecto a la vacuna contra el VPH:

“Cuando yo le consulté a mi mamá, me dijo que sí. ... pero mi papá me dijo que no... como mi mamá tiene una señora que es enfermera, le consultó y la señora le dijo que sí [me vacunarán] porque yo podía hacer una vida mejor. Entonces, mi mamá conversó con mi papá y [él] todavía decía que no ... cuando ya al otro día yo me levanté, estaban que conversaban. Al último ... me dijeron que sí. [Mi papá había dicho que no pues] no estaba enterado [de la vacuna]”.

“Yo le dije a mi mamá que me iban a vacunar. Entonces, mi mamá inmediatamente llamó a un doctor que es mi tío y [él] le dijo que sí me vacunara porque ... cada dosis cuesta un montón y sí me va a proteger ... entonces mi mamá dijo que sí me vacunara; pero mi papá [dijo] ‘¿estás segura que quieres que la vacunen?’; mi mamá le dijo que sí, ‘ya llamé a [mi hermano]’, y mi papá me dijo que sí ya.”

vacunación contra el VPH se adoptó un enfoque más proactivo. De hecho, el personal de salud visitó cada escuela y brindó información y educación al docente principal, quien a su vez facilitó la participación de maestras y maestros en las sesiones de capacitación y ayudó a coordinar las fechas de la vacunación.

Un mecanismo importante para esta coordinación fue una Ordenanza emitida por el Área de Promoción en Piura. Esta Ordenanza hizo posible una estrecha coordinación entre las escuelas y los centros de salud en 21 distritos al apoyar la participación de la totalidad de docentes del quinto grado en la vacunación contra el VPH y permitirles tomar tiempo para participar en las capacitaciones.

LECCIÓN 18: Las propias niñas juegan un rol clave en educar a madres y padres y educarse unas a otras sobre la vacunación.

Docentes, madres y padres comentaron que las propias niñas ayudaron a facilitar la aceptación parental de la vacuna. En muchos casos, las niñas recibieron información de sus docentes y se convirtieron en la primera fuente de información para sus madres y padres. El hecho de que las niñas confiaran en sus docentes y sintieron que estas personas tenían en mente sus intereses supremos ayudó a que tal estrategia fuera eficaz. Una maestra mencionó haber escuchado a las niñas hablando entre ellas respecto a conseguir la aprobación de sus madres y padres después de una sesión educativa: “...hay que dejarnos que nos vacunen, o ¿tú quieres que te dé cáncer?”

Además, a muchas niñas que estaban un poco renuentes les dio seguridad ver que las vacunaciones se estaban llevando a cabo y observar un proceso tranquilo, sin prisas. A docentes y trabajadoras/es de salud se les capacitó para que ayudaran a las niñas a relajarse durante la vacunación. Por ejemplo, a las niñas se les pidió que relajaran el brazo aflojando la mano—el ejercicio del “brazo de gelatina” (ver foto en página 10).

Docentes como proveedores de información basada en pruebas

Las y los docentes se convirtieron en importantes defensores de la vacunación y fueron especialmente útiles en contrarrestar informaciones erróneas sobre las vacunas. A continuación figuran las historias de docentes que ayudaron a apoyar a las niñas y sus madres para que participaran: “ellas [las madres] quedaron muy conmovidas, como le digo ... la novedad que había, y también se sorprendían cuando les dije que una de las primeras causas de muerte en la mujer en el Perú era por eso; como que se asustaron, se conmovieron ... las mamás comentaban que sí era dable vacunarlas...”.

“...había un miedo [respecto a la vacuna]. Yo pienso que el miedo es natural, hasta cierto punto ... bastantes madres hablaron conmigo. Entonces yo les expliqué y les dije que la decisión era de ellas, no era mía. Pero ya les expliqué la bondad. Como [en] todas las campañas, este miedo se transmitía en que había información de sectores no autorizados. Por ejemplo, se manejaba esta falsa información de que la vacuna iba a producir la esterilización y que era una política del gobierno de Estados Unidos. Yo les expliqué, ‘si ustedes creen que Estados Unidos va a venir a matar ... o a esterilizar a tanta gente, ... personalmente no creo. Tráiganme un documento donde diga eso’. No trajeron. ‘Si yo fuera ustedes, vacuno a mi hija’”.

MENSAJES

LECCIÓN 19: Los mensajes educativos eficaces abordan las necesidades, dudas e inquietudes de la comunidad.

La investigación formativa puede ayudar a desarrollar estrategias de comunicación y capacitación para introducir la vacuna. La información debería abordar las preocupaciones de madres y padres, así como las principales áreas donde los conocimientos no sean suficientes. En el Perú, madres y padres querían más información acerca de la seguridad de la vacuna, sus efectos secundarios y sus impactos sobre la fertilidad en el futuro. Adicionalmente, muchos padres y madres no sabían que el cáncer de cuello uterino es causado por el VPH ni que la vacuna contra el VPH previene la infección y tiene que administrarse antes de la primera relación sexual.^{15,16}

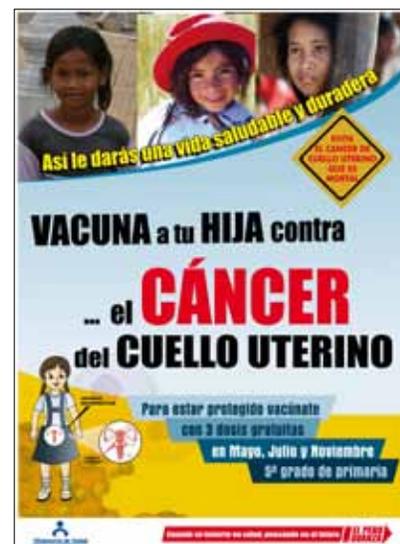
LECCIÓN 20: Abordar el deseo de prevenir o evitar el cáncer y tener un futuro saludable, así como reforzar actitudes positivas hacia la vacunación, son buenas bases para elaborar mensajes clave.

Las razones para la aceptación parental de la vacunación (ver recuadro en la página 21) y los resultados de la investigación formativa^{15,16} subrayan la importancia de asociar esta vacuna particular directamente a su propósito final, que es prevenir el cáncer de cuello uterino, y aprovechar las percepciones comunitarias positivas acerca de la vacunación. Por lo tanto, puede ser útil referirse a una “vacuna contra el cáncer de cuello uterino” en los materiales promocionales y eventos educativos, pero también explicar precisamente qué hace la vacuna y lo que no hace (por ejemplo, no protege contra todos los tipos de VPH).

En una escuela, por ejemplo, dos niñas de quinto grado le dijeron a la enfermera responsable de la vacunación que tenían miedo de que la vacuna contra el VPH fuera dolorosa. Recordando que en la capacitación había aprendido lo importante de enfatizar que el propósito de la vacuna es prevenir el cáncer de cuello uterino, la enfermera les preguntó a las niñas si preferían potencialmente desarrollar este cáncer más adelante en su vida, o recibir un pequeño pinchazo ahora.

LECCIÓN 21: Un lenguaje e imágenes simples son lo mejor para transmitir mensajes clave a públicos diversos.

Los mejores métodos para informar y sensibilizar en torno a la vacuna contra el VPH fueron los materiales educativos que eran claros y visuales. Muchas niñas, madres y padres enfatizaron la importancia de estas ayudas visuales, así como el uso de palabras sencillas y ejercicios interactivos que les hicieron posible comprender conceptos relativos a la vacunación contra el VPH. Los gráficos mencionados más frecuentemente fueron la secuencia de fotografías que ilustraban el desarrollo del cáncer de cuello uterino, lo cual ayudó a las personas a visualizar algo que, según dijeron, antes se



Razones por las cuales madres y padres aceptaron o rehusaron la vacunación contra el VPH

Madres y padres que aceptaron la vacuna contra el VPH para sus hijas dieron las siguientes razones:

- el deseo de proteger a su hija contra el cáncer de cuello uterino y mantenerla sana en el futuro;
- la oportunidad de aprovechar una vacuna gratuita;
- la percepción de que las vacunas son buenas; y
- los consejos del personal de salud, docentes o amistades.

Madres y padres que se rehusaron a que sus hijas fueran vacunadas mencionaron las siguientes razones:

- el requisito de una autorización firmada, así como la dificultad de comprender por qué la campaña de información sobre el VPH o el proceso de autorización era tan diferente a la campaña contra la hepatitis B;
- la vacuna se ofrece sólo a niñas que cursan el quinto grado;
- noticias en los medios sobre muertes asociadas a otras vacunas;
- temores acerca de posibles efectos secundarios, incluyendo esterilidad u otros efectos reproductivos;
- desconfianza de la procedencia de la vacuna; e
- información insuficiente sobre la vacuna.

les había dificultado imaginar (ver foto en página 15). Tal como lo describió una niña, la jefa de promoción de salud de un centro “nos trajo unas láminas que era una col que se nos formaba en la vagina si no nos vacunábamos.” Una maestra que no recibió a tiempo los materiales gráficos para su sesión educativa sintió que esto limitó el impacto y la credibilidad de sus mensajes.

LECCIÓN 22: La gente busca información complementaria por su propia cuenta.

Muchas madres, padres y niñas terminaron buscando información de otras fuentes tras la sesión educativa sobre la vacunación contra el VPH o después de haberseles informado de que ésta se llevaría a cabo. En términos generales, éstas fueron las personas que tenían dudas o necesitaban que se les infundiera seguridad. Las fuentes de información complementaria mencionadas fueron internet, el personal de salud, su docente, el docente principal y especialmente parientes con capacitación en el área de la salud (ver recuadro en la página 18). El solo hecho de saber que la vacunación estaba proporcionándose en otras escuelas de Piura alivió las dudas de madres en áreas rurales, mientras que a algunas también le dio confianza ver la banderola de la campaña al frente del centro de salud o confirmar que la vacuna de hecho existía y estaba siendo administrada en otros lugares, tanto dentro como fuera del Perú. Además, algunas niñas dijeron que haber visto la caja y las instrucciones de la vacuna ayudó a que ellas y sus madres sintieran confianza de que era una medicina real.

Conclusion

El propósito del proyecto *Vacunas contra el VPH: Evidencias para impacto* es brindar a formuladores de políticas y gerentes de programas en países de ingreso bajo y medio la información que necesitan para tomar decisiones acerca de la introducción de la vacuna contra el VPH en sus programas nacionales de inmunización. En el Perú, las niñas, sus madres y padres aceptaron ampliamente la vacunación pues comprendieron los asuntos involucrados. Los resultados positivos de este trabajo ya han sido utilizados por el Gobierno del Perú para considerar la introducción de esta vacuna a nivel nacional, de modo que en el futuro esté disponible en todo el país. Idealmente, la información recopilada por medio de este proyecto hará posible que formuladores de políticas en toda América Latina, y el mundo entero, participen en procesos similares de planificación basada en pruebas.



Niñas muestran sus tarjetas de vacunación afuera de un centro de salud en Yarinacocha, Ucayali, después de recibir su tercera dosis de la vacuna contra el VPH.

Recursos sobre prevención del cáncer de cuello uterino

Alianza para la Prevención del Cáncer Cervical
www.alliance-cxca.org/espanol/esp-index.html

Coalición de Acción para el Cáncer de Cuello Uterino
www.cervicalcanceraction.org

OMS (Organización Mundial de la Salud) – Documento de posición de la OMS sobre las vacunas contra el VPH
www.who.int/wer/2009/wer8415.pdf

OMS – Publicaciones sobre el cáncer de cuello uterino
www.who.int/reproductivehealth/topics/cancers

OMS / Instituto Catalán de Oncología – Centro de información sobre el VPH y el cáncer de cuello uterino
www.who.int/hpvcentre / www.iconcologia.net/

RHO – Biblioteca de recursos sobre el cáncer de cuello uterino
<http://www.rho.org/spanish.htm>

Planificador de acciones de prevención del cáncer de cuello uterino
www.rho.org/actionplanner

REFERENCIAS

1. Wittet S. Cervical cancer vaccine project [hoja informativa]. Seattle: PATH; 2006. Disponible en www.path.org/publications/details.php?i=1307 (acceso al sitio: 11 de mayo de 2010).
2. Clifford G, Franceschi S, Diaz M, Muñoz N, Villa LL. Chapter 3: HPV type-distribution in women with and without cervical neoplastic diseases. *Vaccine*. 2006;24(Suppl 3):S26-S34. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2006.05.026> (acceso al sitio: 11 de mayo de 2010).
3. Smith JS, Lindsay L, Hoots B, et al. Human papillomavirus type distribution in invasive cervical cancer and high-grade cervical lesions: a meta-analysis update. *International Journal of Cancer*. 2007;121(3):621-632. Disponible en [www.unc.edu/~jsssmith/publications/48.SmithJ.IntJCancer2007,21\(3\)621-632.pdf](http://www.unc.edu/~jsssmith/publications/48.SmithJ.IntJCancer2007,21(3)621-632.pdf) (acceso al sitio: 11 de mayo de 2010).
4. Ault KA, The FUTURE II Study Group. Effect of prophylactic human papillomavirus L1 virus-like-particle vaccine on risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 2, grade 3, and adenocarcinoma in situ: A combined analysis of four randomized clinical trials. *The Lancet*. 2007;369(9576):1861-1868. Disponible en www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607608526/abstract (acceso al sitio: 11 de mayo de 2010).
5. Paavonen J, Naud P, Salmerón J, et al. 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. *The Lancet*. 2009;374(9686):301-314. Disponible en [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)61248-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)61248-4/abstract) (acceso al sitio: 11 de mayo de 2010).
6. Schiller JT, Castellsague X, Villa LL, Hildesheim A. An update of prophylactic human papillomavirus L1 virus-like particle vaccine clinical trial results. *Vaccine*. 2008;26:K53-K61. Disponible en www.sciencedirect.com (acceso al sitio: 11 de mayo de 2010).
7. World Health Organization. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record*. 2009;84(15):118-131. Disponible en www.who.int/wer/2009/wer8415.pdf (acceso al sitio: 11 de mayo de 2010).
8. Giuliano AR, Salmon D. The case for a gender-neutral (universal) human papillomavirus vaccination policy in the United States: Point. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*. 2008;17(4):805-808. Disponible en <http://cebp.aacrjournals.org/content/17/4/805.full> (acceso al sitio: 11 de mayo de 2010).
9. Zimet GD, Liddon N, Rosenthal SL, Lazcano-Ponce E, Allen B. Chapter 24: Psychosocial aspects of vaccine acceptability. *Vaccine*. 2006;24(Suppl 3):201-209. Disponible en www.sciencedirect.com (acceso al sitio: 11 de mayo de 2010).
10. Kahn JA, Burk RD. Papillomavirus vaccines in perspective. *The Lancet*. 2007; 369(9580):2135-7. Disponible en [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)60947-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)60947-7/fulltext) (acceso al sitio: 11 de mayo de 2010).
11. Mays RM, Sturm LM, Zimet GD. Parental perspectives on vaccinating children against sexually transmitted infections. *Social Science and Medicine*. 2004;58(7):1405-1413. Disponible en www.sciencedirect.com/science/article/B6VBF-49505H3-1/2/383fd8ad6ea8ccaaaf78ccded0543c2f (acceso al sitio: 11 de mayo de 2010).
12. Bingham A, Drake JK, LaMontagne DS. Sociocultural issues in the introduction of human papillomavirus vaccine in low-resource settings. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*. 2009;163(5):455-461. Disponible en <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/reprint/163/5/455> (acceso al sitio: 11 de mayo de 2010).
13. Parkin DM, Almonte M, Bruni L, Clifford C, Curado M, Pineros M. Burden and trends of type-specific human papillomavirus infections and related diseases in the Latin America and Caribbean region. *Vaccine*. 2008;26(Suppl .11):L1-L15. Disponible en www.sciencedirect.com (acceso al sitio: 11 de mayo de 2010).

14. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer (IARC); 2004. Disponible en <http://www-dep.iarc.fr/globocan/database.htm> (acceso al sitio: 27 de abril de 2010).
15. Bartolini RM, Drake JK, Creed-Kanashiro HM et al. Formative research to shape HPV introduction strategies in Peru. *Salud Pública de México*. 2010;52(3):226-233. Disponible en <http://bvs.insp.mx/rsp/antecedentes/numero.php?year=2010&vol=52&num=3&tipo=revista> (acceso al sitio: 11 de mayo de 2010).
16. PATH e Instituto de Investigación Nutricional (IIN). *Desarrollo de una estrategia para introducir la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en Perú: Resultados de la Investigación Formativa del Proyecto Vacunas contra el VPH: Evidencias para Impacto*. Seattle: PATH; 2009. Disponible en www.path.org/publications/details.php?i=1634 (acceso al sitio: 11 de mayo de 2010).
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Compendio estadístico 2006. Lima, Perú: INEI; 2006. Disponible en <http://www1.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0704/Libro.pdf> (acceso al sitio: 11 de mayo de 2010)

