Vacunación VPH en la Región de las Américas: Lecciones aprendidas en la introducción y estrategias de comunicación

Antigua, Guatemala
24-26 octubre, 2017

Objetivos del taller

Intercambiar experiencias entre los países sobre:

(1) el proceso de toma de decisión para introducir la vacuna;
(2) las principales estrategias para alcanzar la población objetivo;
(3) metodologías para el cálculo de coberturas.

Propiciar herramientas en comunicación social para:

(1) mantener la difusión de la vacuna;
(2) responder a rumores y crisis

Resultados esperados

(1) Consolidar las experiencias de la Región en el proceso de toma de decisión y estrategias de vacunación exitosas para la introducción de la vacuna VPH;
(2) Apoyar a los países con herramientas para el cálculo de coberturas;
(3) Consolidar las buenas prácticas de los países para respuesta a rumores y crisis;
(4) Desarrollar estrategias de comunicación para difusión permanente de la seguridad y beneficios de la vacuna;
(5) Elaborar un informe sistematizando el proceso de introducción y las lecciones aprendidas.

Martes, 24 de octubre

8:00 AM	**Registro de los participantes**	
8:30 AM	Apertura: Bienvenida, objetivos y metodología del taller	Cuauhtemoc Ruiz Matus OPS/WDC Representación de OPS en Guatemala
8:40 AM	**Sesión I – VPH: Enfermedad y prevención**	**Coordinador: Cuauhtemoc Ruiz Matus**
8:40 AM	Enfermedades Asociadas al VPH, diagnóstico y respuesta inmune	Malda Kocache, Universidad George Mason - USA
9:10 AM	Prevención del Cáncer Cervicouterino	**Claudia Camel** **Instancia por la salud y del desarrollo de las Mujeres (ISDM),** Guatemala

9:40 AM	Vacunación contra el VPH en la Región de las Américas	Lucia De Oliveira, OPS/WDC
10:00 AM	Discusión	
10:30 AM	**Intervalo para café**	
11:00 AM	**Sesión II - Desempeño del Programa de Inmunización: Perspectiva Global**	**Coordinadora: Lucia De Oliveira**
11:00 AM	Herramienta de OMS para el cálculo de cobertura de la vacuna VPH	Paul Bloem OM S
11:25 AM	Discusión	
11:40 AM	Cobertura Global de la vacuna VPH	Laia Bruni Instituto Catalán de Oncología, España
12:10 AM	Discusión	
12:30 PM	Almuerzo	
2:00 PM	**Sesión III - Desempeño del Programa de Inmunización: Perspectiva Regional**	**Coordinadora:** Maria Tereza Da Costa
2:00 PM	Cálculo de cobertura de la vacuna VPH	Brasil
2:20 PM	Buenas prácticas para la captación de la población a vacunar	Ecuador
2:40 PM	Discusión	
3:10 PM	**Intervalo para café**	
3:40 PM	**Sesión IV – Monitoreo de la Vacuna VPH Post Introducción**	Coordinadora: Isabella Ballalai
3:40 PM	Evaluación de impacto de la vacuna	Nathalie El Omeiri OPS/WDC
3:55 PM	Experiencia del Reino Unido en la evaluación del impacto de la vacuna VPH	David Mesher Servicio Nacional de Infección UK
4:10 PM	Controversias en VPH – Lecciones aprendidas en la Región Europea	Katrine Bach Habersaat WHO/EUR (grabación)
4:40 PM	ESAVI	Maria Tereza Da Costa OPS/WDC
5:00 PM	Discusión	
5:30 PM	**Cierre del día de trabajo**	

Miércoles, 25 de octubre

8:30	Encuesta sobre la experiencia en la introducción de la vacuna VPH	Alvaro Whitembury Maria Tereza Da Costa Nathalie El Omeiri OPS/WDC
9:15 AM	Elementos básicos de un plan de comunicación para la vacuna VPH	Sebastián Oliel, OPS/WDC
9:30 AM	Plan de comunicación – Audiencias y objetivo único y primordial de comunicación (SOCO)	Sebastián Oliel, OPS/WDC

10:00 AM	Plan de comunicación – Ir al punto y mensajes clave	Maricel Seeger OPS/Argentina
10:30 AM	**Intervalo para café**	
11:00 AM	Plan de comunicación – Estrategias, actividades, y canales	Sebastián Oliel, OPS/WDC
11:30 AM	Materiales para la campaña	Sebastián Oliel, OPS/WDC
12:00 AM	Discusión: Preguntas y respuestas sobre lecciones aprendidas en comunicación	
12:30 PM	**Almuerzo**	
1:30 PM	Plan de comunicación en situación de crisis	Sebastián Oliel, OPS/WDC
3:00 PM	Los medios y las preguntas difíciles	Maricel Seeger OPS/Argentina
3:30 PM	**Intervalo para café**	
4:00 PM	Ejercicio – escenarios de crisis	
4:30 PM	Cómo comunicar para abordar las preocupaciones de los padres desde el sector salud	Sebastián Oliel, OPS/WDC
4:45 PM	Discusión	
5:00 PM	**Cierre del día de trabajo**	
5:00 – 6:00 PM	**Reunión GAVI**	OPS, GAVI, Bolivia, Cuba, Guyana, Honduras, Nicaragua (países y asesores OPS países)

Jueves, 26 de octubre

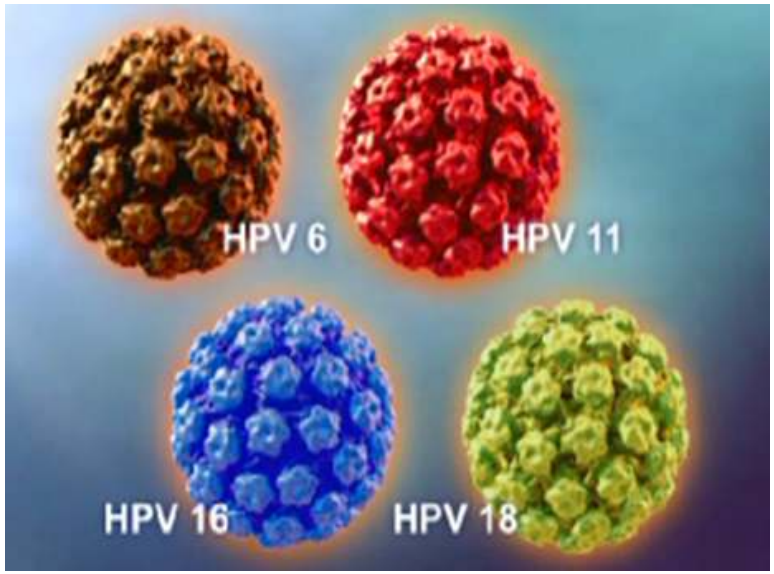
8:30 AM	Presentación de la dinámica de trabajo en grupo sobre temas específicos	Coordinadoras: Alvaro Whitembury Maria Tereza Da Costa Nathalie El Omeiri
8:45	Grupos de trabajo	
10:30 AM	**Intervalo para café**	
11:00 AM	Grupos de trabajo	
12:30 PM	**Almuerzo**	
1:30 PM	Grupos de trabajo	
3:30 PM	**Intervalo para café**	
4:00 PM	Grupos de trabajo	
4:30 PM	Presentación de trabajos de los grupos	
5:00 PM	Discusión	
5:30 PM	**Clausura de la reunión**	Cuauhtemoc Ruiz Matus OPS/WDC Representación de OPS en Guatemala

HPV Associated Diseases, Diagnosis, and Immune Response

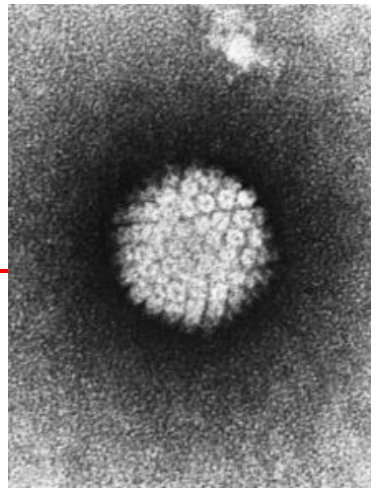
Malda Kocache PhD
Professor, Biology Dept.
George Mason University
Biology Department
Fairfax, VA 22030

Presentation Outline

- Main characteristics of Human Papillomaviruses (HPV)
- HPV Diseases and Cancers
- HPV Epidemiology and Disease Burden
- Immune Responses to HPV
- Treatment and Prevention

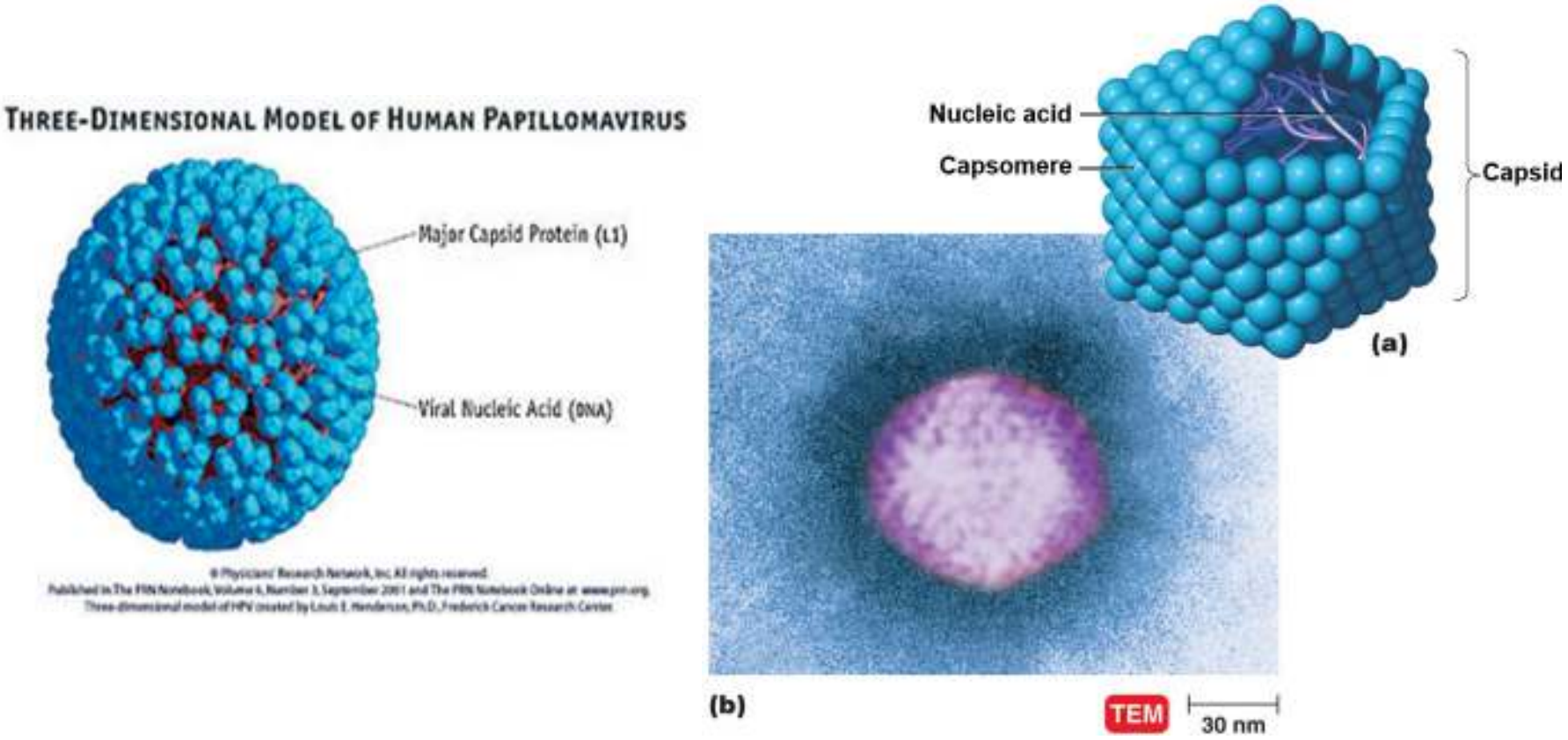


General Characteristics of HPV



- Family: Papillomaviridae.
- Human papillomaviruses (HPV's) are small, non-enveloped, icosahedral capsid viruses. (50 -60nm)
- Their genome is double stranded circular DNA of about 8000 bp.
- Over 150 types have been identified and grouped according to their preferred site of infection into either **cutaneous** or **mucosal** HPV.

Figure 13.2 Morphology of a Nonenveloped Polyhedral Virus



General Characteristics of HPV

- Most HPV infections cause benign warts. Sexually transmitted low risk types: **HPV-6** and **HPV-11**

- A few high risk types have been associated with a variety of human cancers: **HPV-16** and **HPV-18**
  - **Cervical cancer**
  - Penile and anal cancers
  - Oropharyngeal carcinoma
  - Head and neck cancers.

- In 1983/84, Zur Hausen and colleagues identified HPV as the cause of cervical cancer. Nobel prize in medicine in 2008

General Characteristics of HPV

- Some HPV's are oncogenic (Tumor causing)
- The most common high risk HPV types are **HPV-16** and **HPV-18**: associated with 70% of cervical cancers, anal and penile, and some oropharyngeal cancers
- HPV cannot grow in tissue culture.
- Usually resistant to desiccation, detergents, and heat

General Characteristics of HPV

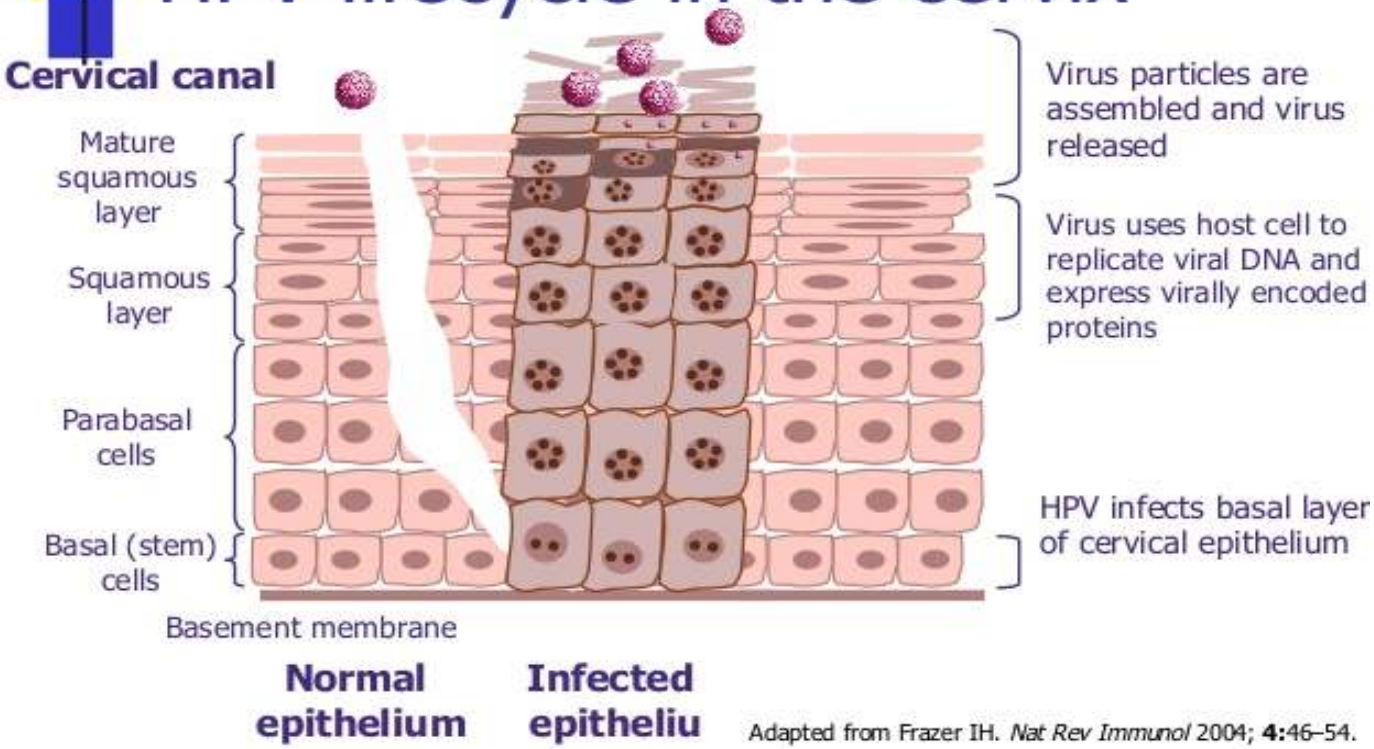
- The genome encodes seven or eight early genes (E1 to E8), and two late structural genes (L1 and L2).

- **L1 is the viral attachment protein and one of the main capsid proteins. Highly antigenic and is used in vaccine preparation.**

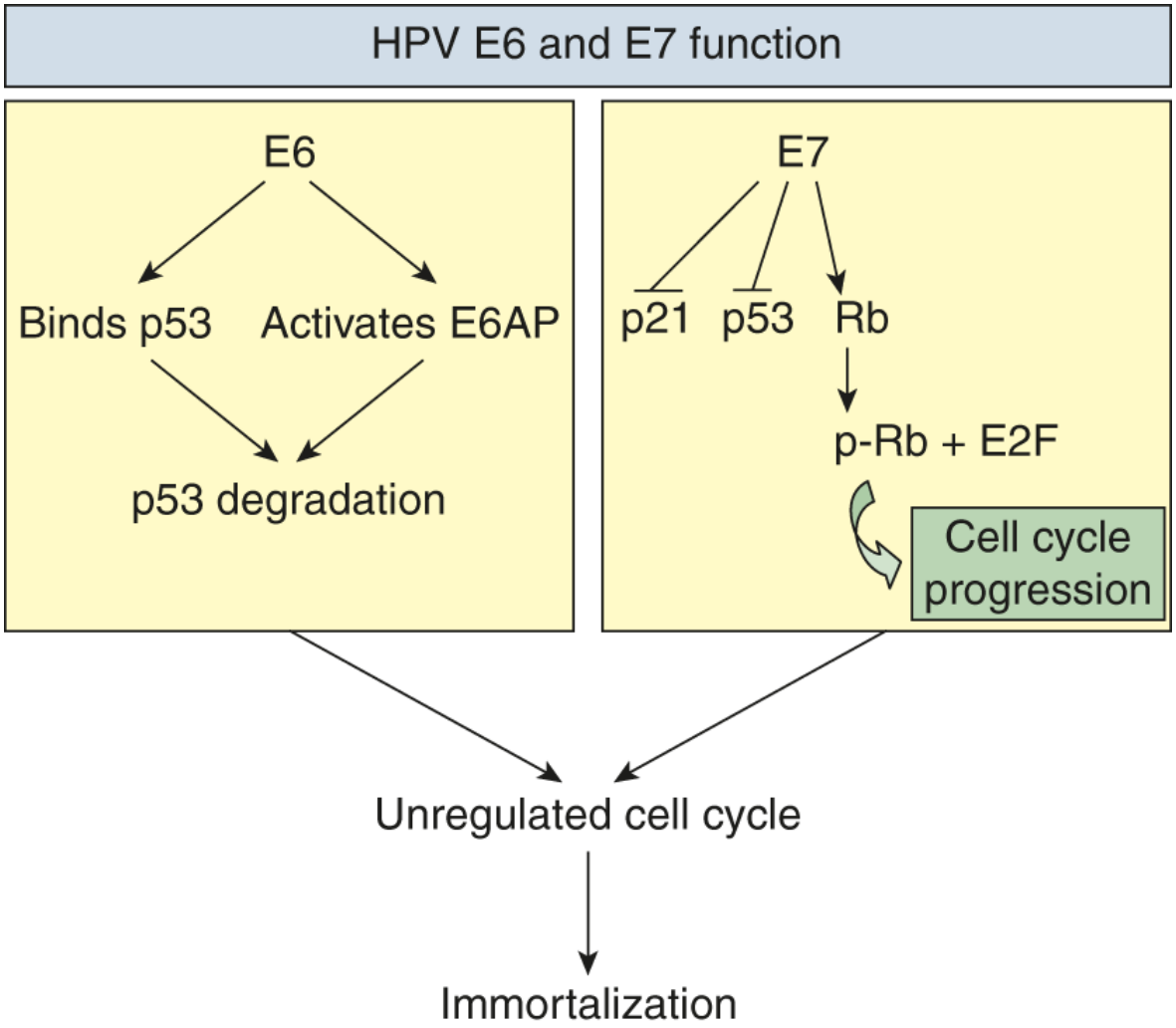
HPV Life Cycle: Productive cycle and Persistent Cycle

- **Productive cycle**:
  - HPV infect stratified epithelial cells, Less differentiated.
  - The viral genome is these cells remains in **episomal** circular form(not integrated) and these cells are already destined for death.
- **Persistent Cycle**: (10% of infected individuals)
  - Certain cancer causing proteins are expressed which lead normal cells to be **cancerous. (5 -15 years)**
  - All cervical cancer cells contain **integrated** viral DNA with 70% from HPV-16 or HPV-18

HPV lifecycle in the cervix



Adapted from Frazer IH. *Nat Rev Immunol* 2004; **4**:46–54.



Source: Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Bradshaw KD, Cunningham FG: *Williams Gynecology, 2nd Edition:* www.accessmedicine.com

Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

HPV Associated Diseases

- HPV infect and replicate in squamous epithelial cells
  - **Cutaneous: common warts**
  - **Mucosal: genital, oral, cancerous**

- A benign wart develops when the virus stimulates cell growth and thickening of the basal and prickle cell layers.

- Production of keratin is promoted (hyperkeratosis) causing the epithelial cells to protrude forming the wart or papilloma lesion.

- Most common types associated with benign cutaneous warts: HPV1, 2,3,4,7, 10, 27, 57, 63, 65..

HPV Associated Diseases

- **Cutaneous Infections**:
  - Common warts, plantar warts, flat warts, filiform warts, pigmented warts.
  - Most cutaneous warts will resolve spontaneously by inducing a cytolytic immune response in immunocompetent individual.
  - Some will need freezing or removal. Recurrence can occur.

Cutaneous HPV Infections

FIGURE 2: Flat wart on the ankle

Mucosal HPV Infections

- **Focal epithelial hyperplasia**:
  - Oral and pharyngeal papilloma.
  - Usually a rare disease: lesions on lips, tongue, oropharynx, and oral mucosa.
  - HPV 6, 11, 13 and 32

Focal Epithelial Hyperplasia

Mucosal HPV Infections

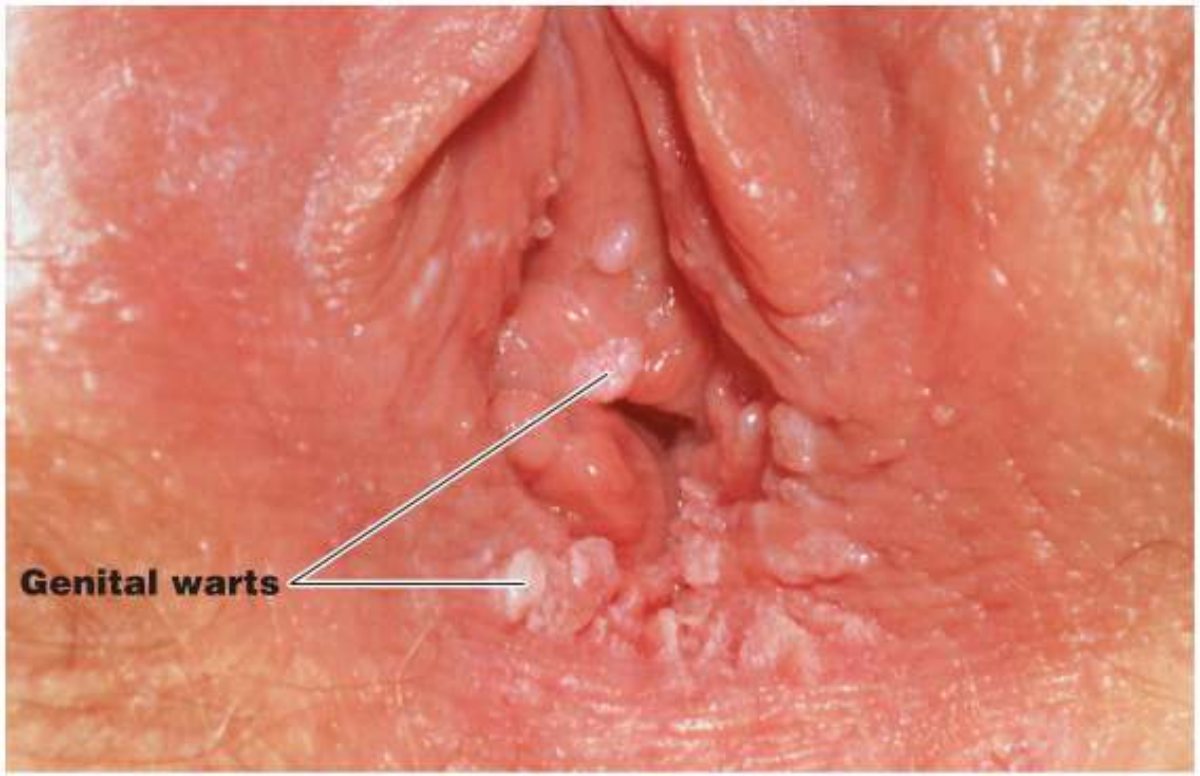
- **Head and neck cancers**:
  - HPV is a major risk factor for the development of these cancers.
  - **The incidence of HPV + ve oropharyngeal cancers has increased by 3 folds in the last few years**.
  - Most common type is HPV-16 but other types such as HPV-18, 31, 33, 35 have been seen.

Reviews in Medical Virology
pages 2-23, 6 MAR 2015 DOI: 10.1002/rmv.1822
http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/rmv.1822/full#rmv1822-fig-0003

Mucosal HPV Infections

- Most of these appear as genital and oral lesions.
  - **Condyloma acuminatum**: genital warts.
    - Appear on external genitalia, penis, vulva, and cervix.
    - Most commonly associated with low risk HPV-6 and 11, and high risk HPV-16, and 18.
    - Other HPV types have been reported such as 30-33, 35, 41-45, 51-56. These can also cause oral warts.

HPV-Clinical Photos (Female)



Copyright © 2010 Pearson Education, Inc.

Copyright © 2004 Pearson Education, Inc., publishing as Benjamin Cummings.

Female Genital Warts

Source: CDC/NCHSTP/Division of STD, STD Clinical Slides

Mucosal HPV Infections

- **Anogenital cancers:**
  - Includes, vulva, vagina, penis, and anus.
  - HPV prevalence is 90% in vulvar intraepithelial neoplasia with HPV-16 most common followed by 18, 31, 33.
  - In invasive penile cancer about 40%-70% have HPV-16.

Reviews in Medical Virology
pages 2-23, 6 MAR 2015 DOI: 10.1002/rmv.1822
http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/rmv.1822/full#rmv1822-fig-0003

Mucosal HPV Infections

- **Anogenital cancers:**
  - 85% of vaginal cancers are HPV positive. (HPV-16)
  - 80%-96% of anal cancers are HPV positive with HPV-16 being most common followed by 18.
  - Anal cancer is more prevalent in MSM(men having sex with men) and immunocompromised patients such as HIV infected individuals.

Reviews in Medical Virology
pages 2-23, 6 MAR 2015 DOI: 10.1002/rmv.1822
http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/rmv.1822/full#rmv1822-fig-0003

Mucosal HPV Infections

- **Cervical neoplasia and Cervical Cancer:**
  - Initial infection is usually asymptomatic
  - Pre cancerous lesions are classified as cervical intraepithelial neoplasia CIN (grades 1-3)
  - CIN 1 is similar to low grade squamous intraepithelial lesions
  - CIN2 and 3 are closer to high grade squamous intraepithelial lesions. 40%-70% will spontaneously regress.

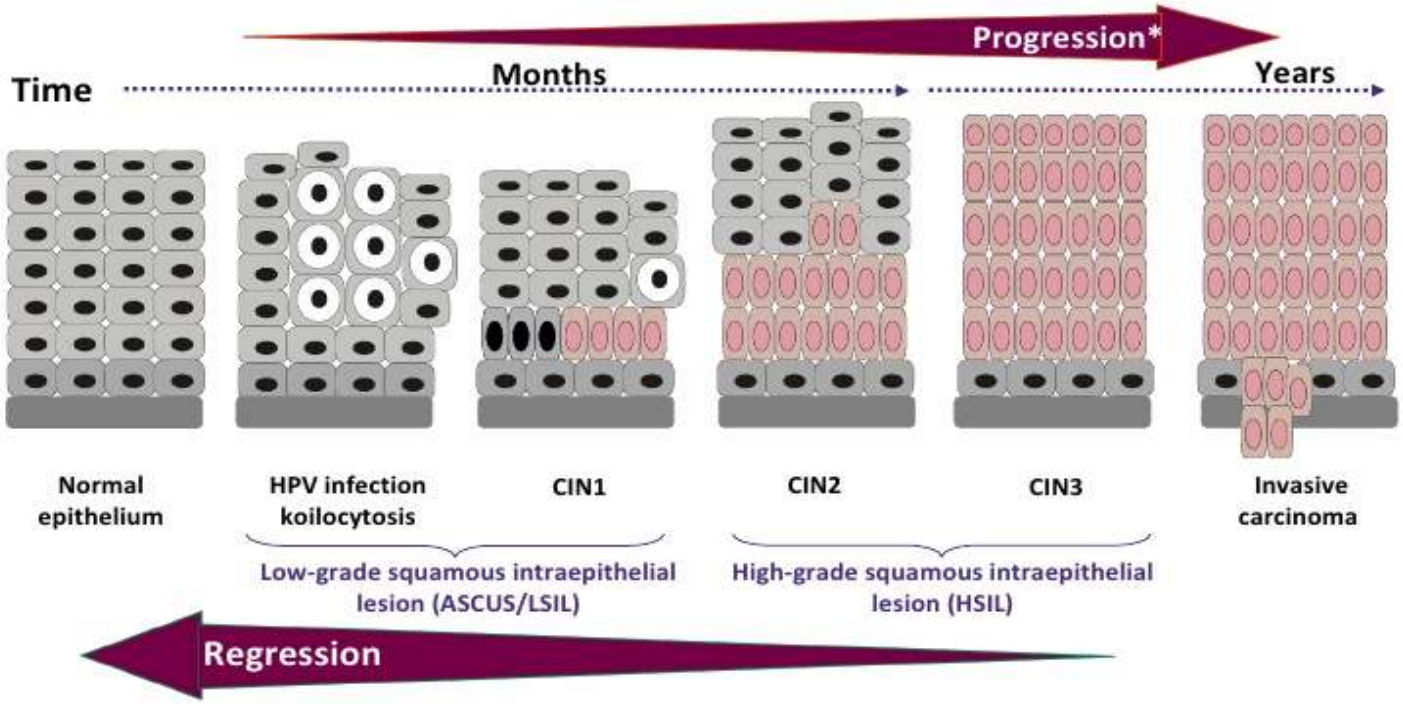
Reviews in Medical Virology
pages 2-23, 6 MAR 2015 DOI: 10.1002/rmv.1822
http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/rmv.1822/full#rmv1822-fig-0003

Mucosal HPV Infections

- **Cervical neoplasia and Cervical Cancer:**
  - The extent of the abnormality has to do with how much of the poorly differentiated basal like cells extend toward the epithelial layer.
  - HPV is detected in 99.7% of cervical abnormalities including cellular dysplasia to cervical cancer.
  - Most common types are HPV-16 and 18. Cause 70% of all cervical cancer cases
  - Other subtypes are HPV 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 69, 73, 82.

Reviews in Medical Virology
pages 2-23, 6 MAR 2015 DOI: 10.1002/rmv.1822
http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/rmv.1822/full#rmv1822-fig-0003

Progression of Cervical Disease



* With increasing probability of viral DNA integration
CIN=cervical intraepithelial neoplasia;
ASCUS=atypical squamous cells of undetermined significance

Burd EM. *Clin Microbiol Rev* 2003; **16:**1–17;
Solomon D, *et al. JAMA* 2002; **287:**2114–2119

Cervical Cancer Develop at the Transition Zone Between Squamous and Columnar Epithelium

High-grade Precursor

Invasive Cancer

Takes 10 years on average

NIH

HPV Transmission

- HPV is a virus that resists desiccation and disinfection leading to its long survival on surfaces.

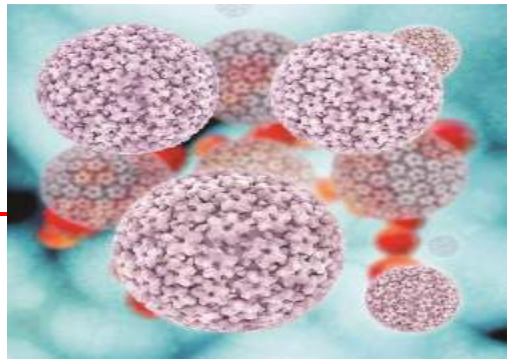
- Contact with fomites: towels, sheets, clothing, countertops, shower floors, swimming pool floors, gym equipment etc…

- The virus is shed in the upper epithelial keratinized cells and is not found in bodily or genital secretions.

HPV Transmission

- An asymptomatic individual sheds the virus and it can be passed by:
  - Direct contact through minor abrasions
  - Sexual intercourse and skin to skin sexual contact
  - When an infant passes through an infected birth canal
- **HPV is the most common viral sexually transmitted infection in the world**

HPV Epidemiology



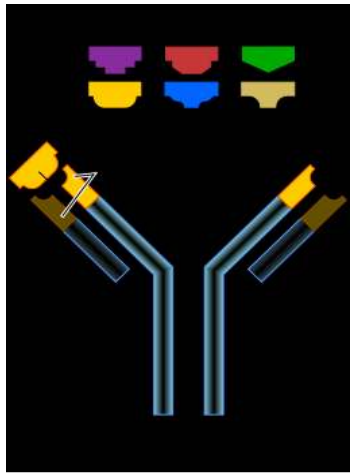
- The highest prevalence of HPV in cervical tissue in the world is in:
  - # 1: Sub Saharan Africa
  - **# 2 : Latin America and the Caribbean**

- Second leading cause of cancer in women in the USA

- 1% of women in the developing world will die of cervical cancer before they are 75 (Ferlay et al, Int J Cancer, 2015)

Immune Response to HPV **Natural Infection**

- Seroconversion in 8-12 months. **SLOW**
- Response restricted to mucosal surfaces. No vigorous immune response.
- Antibodies are weak and of **low titers and low avidity**
- Immune response is type specific.



Immune Response to HPV **Infection**

WHY?

- No virus induced cytolysis.
- No inflammation . Decreased innate immune response.
- No viremia. Infection is intraepithelial
- No proper presentation to the immune system.

Immune Response to HPV **Infection**

- 70%-80% of women seroconvert. Few men seroconvert and antibodies produced are not protective

- There is no group specific or general immune protection from other types.

- Control of infection is by CMI (cell mediated immunity)

- Ineffective CMI may lead to persistent infection
  Increased risk of progression to CIN2/3

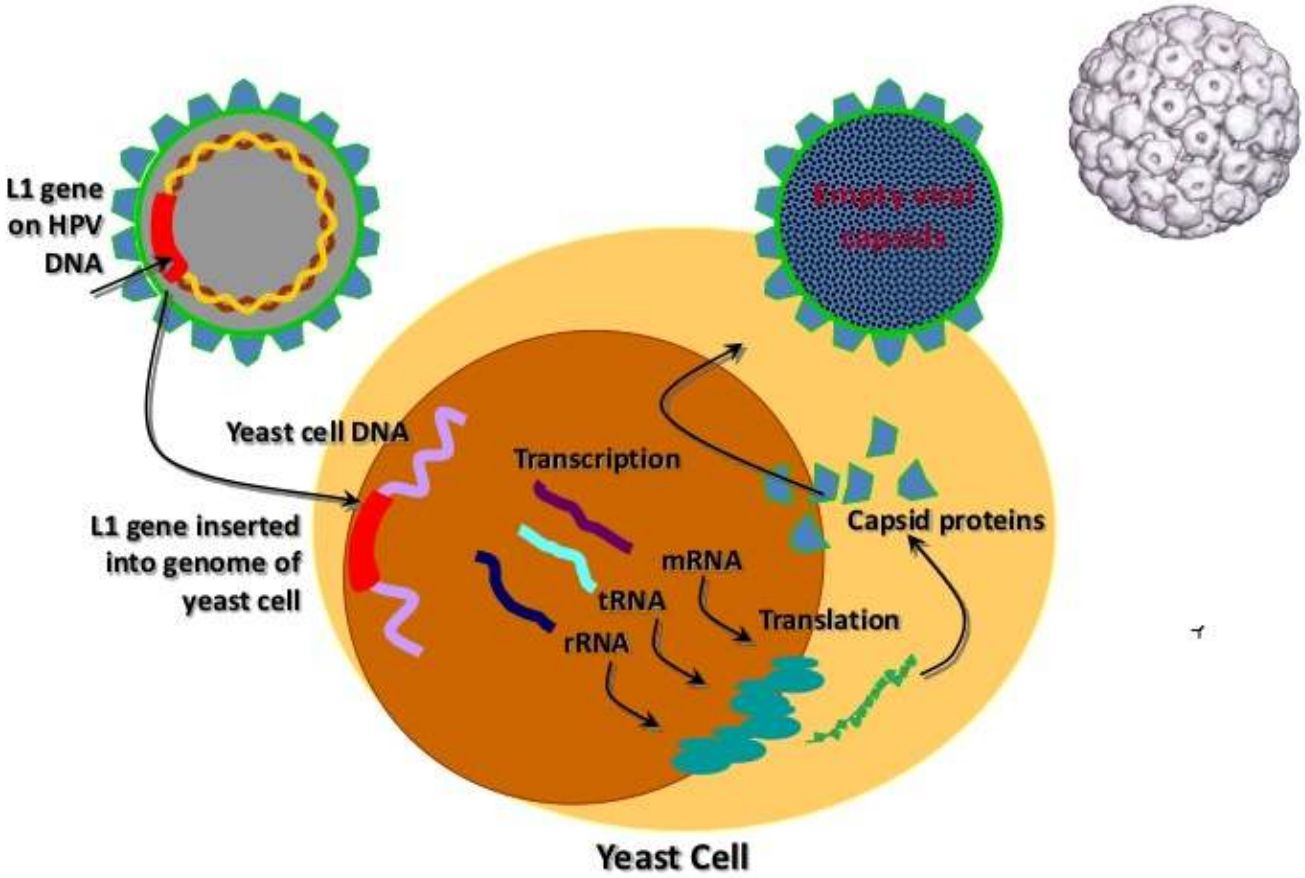
Immune Response to HPV **Infection**

- Natural immunity may protect against new acquisition of same type but NOT against reactivation of old infection.
- Natural immunity is modest and mainly limited to females.
- Previously infected unvaccinated individuals may still be at risk for future HPV infection. No long term protection

HPV Vaccines: Subunit Vaccines

- Three prophylactic vaccines mainly against high risk types are available.
- All the vaccines are made from multiple types of HPV L1 capsid protein virus like particles (VLPs)
- L1 aggregates spontaneously into virus like particles that are highly immunogenic and produce effective neutralizing antibodies
- VLPs are non infectious and non oncogenic making them extremely safe
- There is limited cross protection against non vaccine HPV types.

HPV L1 VLP Vaccine Synthesis



S. Khleif,Ovarian Cancer Lecture

HPV Vaccines

- **Bivalent Vaccine**: prevention of pre malignant genital lesions and cervical cancer
  - HPV-16 and HPV-18. The most common oncogenic types
  - Intended for use in females ideally between the ages of 9-14 years old. (2 doses)
- **Quadrivalent Vaccine**: prevention of pre malignant genital lesions, cervical cancer, and anogenital warts
  - HPV-6, HPV-11, HPV-16, and HPV-18. Both low and high risk types
  - Indicated for use in both females and males from the age of 9 years old (up to 26 years). (2 or 3 doses)
- **Nonavalent Vaccine**: prevention of pre malignant genital lesions, cervical cancers, ano-genital warts, and anal cancer
  - HPV types 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, and 58
  - Administration for females (9-26 yr) and males (9-21 yr) (2 doses)

Immune Responses to HPV **Vaccination**

Advantages of the vaccine:

1. Resemble the actual virion.
2. Not infectious or oncogenic
3. Introduced intra muscularly -----→ much better access to lymph nodes and activation of B cells and Helper T cells
4. Higher dose of L1 antigen .

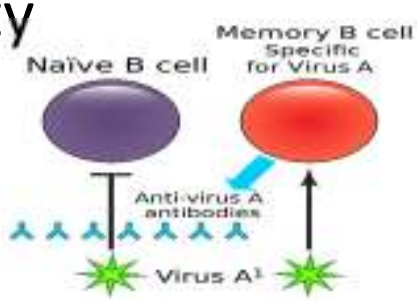
Result: initiating an immune cascade that results in a robust T cell-dependent B cell response, which generates high levels of L1-specific serum neutralizing antibodies and immune memory.

Immune Responses to HPV **Vaccination**

- Serological response is much higher (1-4 logs higher) as compared to natural infection

- Protection seems to be mediated by **polyclonal NEUTRALIZING** antibodies against the L1 surface protein.

- The antibodies produced have better affinity and avidity



Immune Responses to HPV **Vaccination**

- Memory B cells produced after 1 dose of the vaccine required **4-6 months** to differentiate into high affinity B cells.

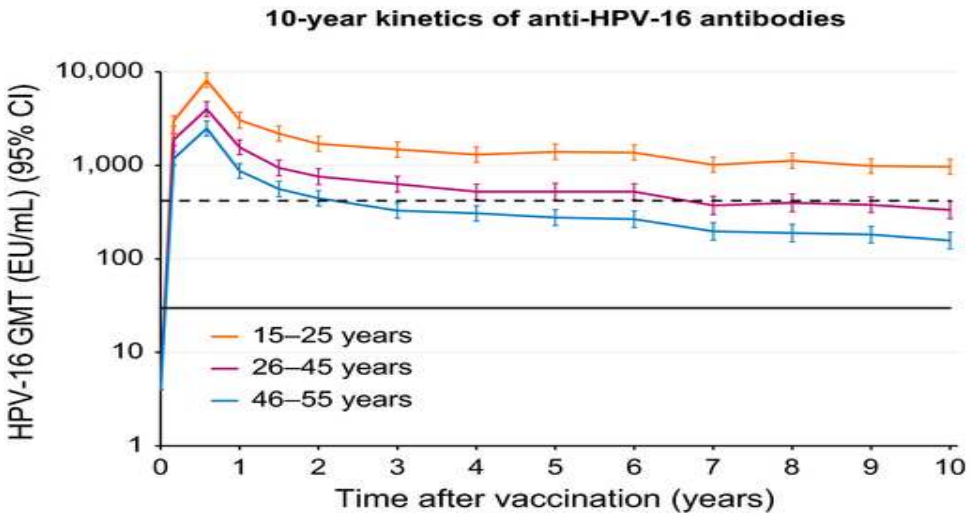
- As such there needs to be a 6 month period between the 1st and 2nd dose of vaccine to reactivate these high affinity B cells ----→ Plasma cells -----→ secrete **HIGH AFFINITY** antibodies

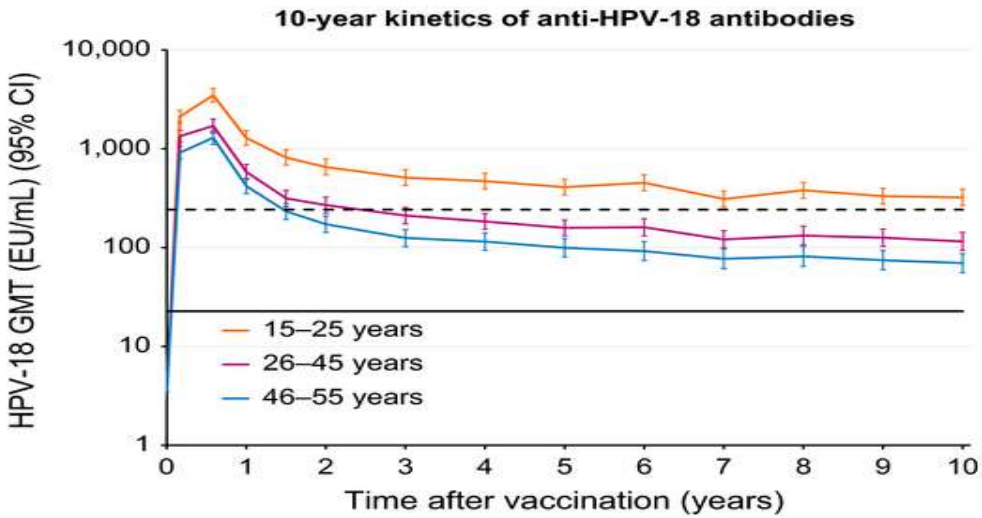
- This dosage recommendation will increase the duration of protection induced by the vaccine. **LONGER LASTING IMMUNITY**

Immune Responses to HPV **Vaccination**

- The highest immune responses were seen in girls aged 9 – 15 years. (preferably before first sexual activity)
- Vaccine protection persists even with lower antibody titers.
- Suggests that vaccines may provide prolonged protection
- Studies show a high protective response up to 8 – 10 years post vaccination.
- No evidence that efficacy of the vaccines wanes over time.

Ten-year immune persistence and safety of the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine in females vaccinated at 15–55 years of age





This study concluded that vaccinated females aged 15–55 years elicited sustained immunogenicity with an acceptable safety profile up to 10 years after primary vaccination, suggesting long-term protection against HPV.

Cancer Medicine, Schwarz et al
5 OCT 2017 DOI: 10.1002/cam4.1155
http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cam4.1155/full#cam41155-fig-0001

Immune Responses to HPV **Vaccination**

CONCLUSION:

- Vaccination significantly reduces the prevalence of high risk HPV type in women ----→ Significant reduction in cervical cancer

- High level protection against anogenital warts and precancerous lesions and maybe even oropharyngeal lesions and cancers.

Diagnosis of HPV Infections

- For genital infections in men:
  - The presence of external warts on external genitalia
  - **There are no HPV diagnostic tests for men**

- For genital infections in women:
  - Presence of warts
  - Use acetic acid to see flat warts on cervix. The area turns white
  - **PAP smear**: cytological examination of cervical cells looking for abnormal changes (dysplasia to cervical cancer)

Diagnosis of HPV Infections

- In USA, PAP screening has reduced the incidence of cervical cancer by 80%

- **HPV DNA testing**: Most accurate and specific for presence of HPV. Cervical cells are examined for the presence of HPV DNA. It can be done with or without a PAP smear. Usually done in women over the age of 30 years.

Treatment of HPV Infections and Cancers

- Chemical therapy
- Cryotherapy for cervical lesions
- Cone biopsy or surgery
- Laser therapy: to burn off abnormal cells
- LEEP: loop electrosurgical excision procedure, removal of cells using an electric current. This destroys abnormal cells and almost all cells infected with HPV

How I respond to Skeptics

- **The HPV vaccine is a vaccine that prevents a deadly cancer.**
- **If we had a vaccine that could prevent breast, lung, or colon cancer would anyone be objecting!!!!!**

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

VACUNACIÓN CONTRA EL VPH EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Lucia Helena de Oliveira, Dr.Sc, MSc

Asessora Regional en Nuevas Vacunas

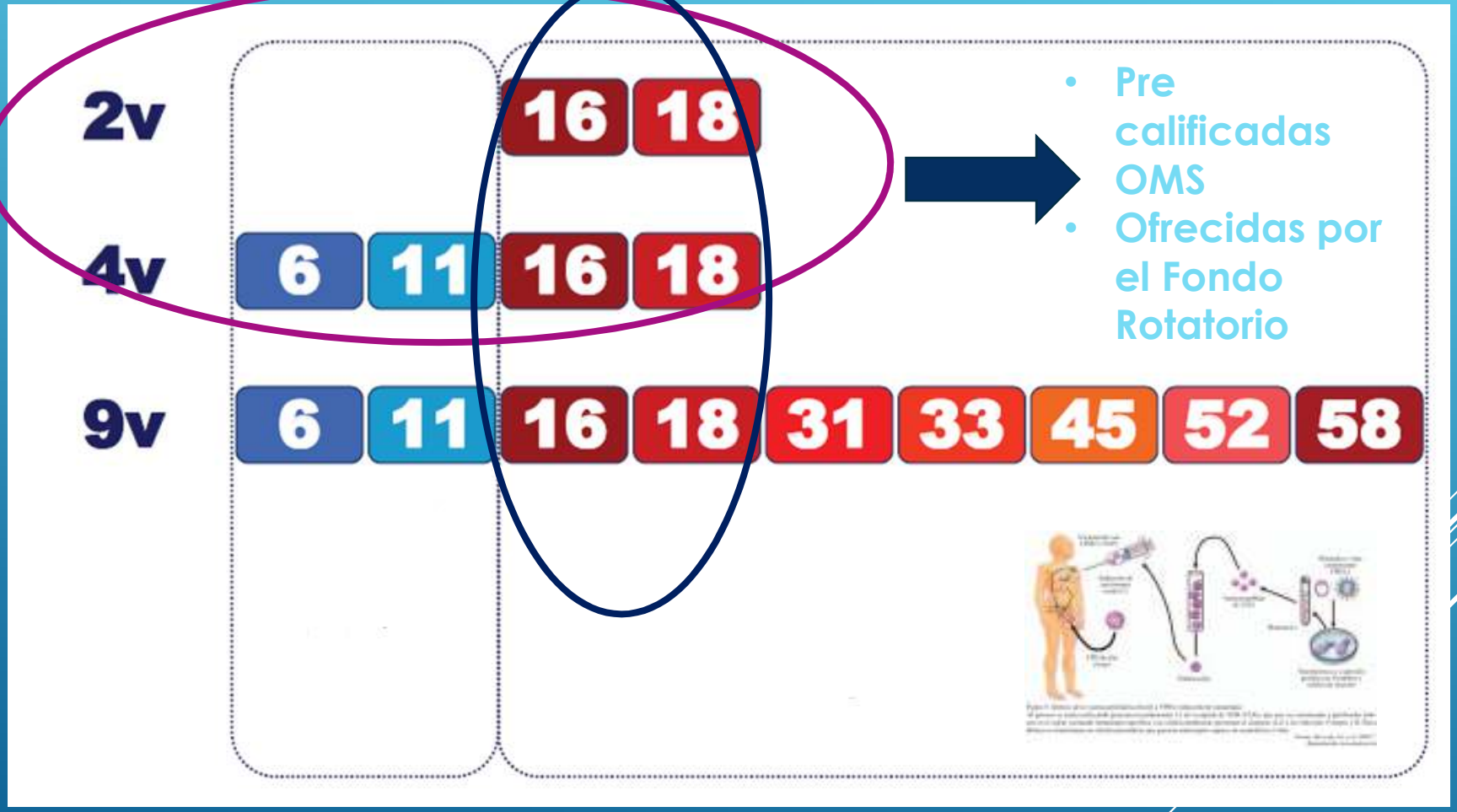
IM/FGL

Vacunación VPH en la Región de las Américas:
Lecciones aprendidas en la introducción y estrategias de Comunicación
Antigua, Guatemala de 24 al 26 de Octubre de 2017

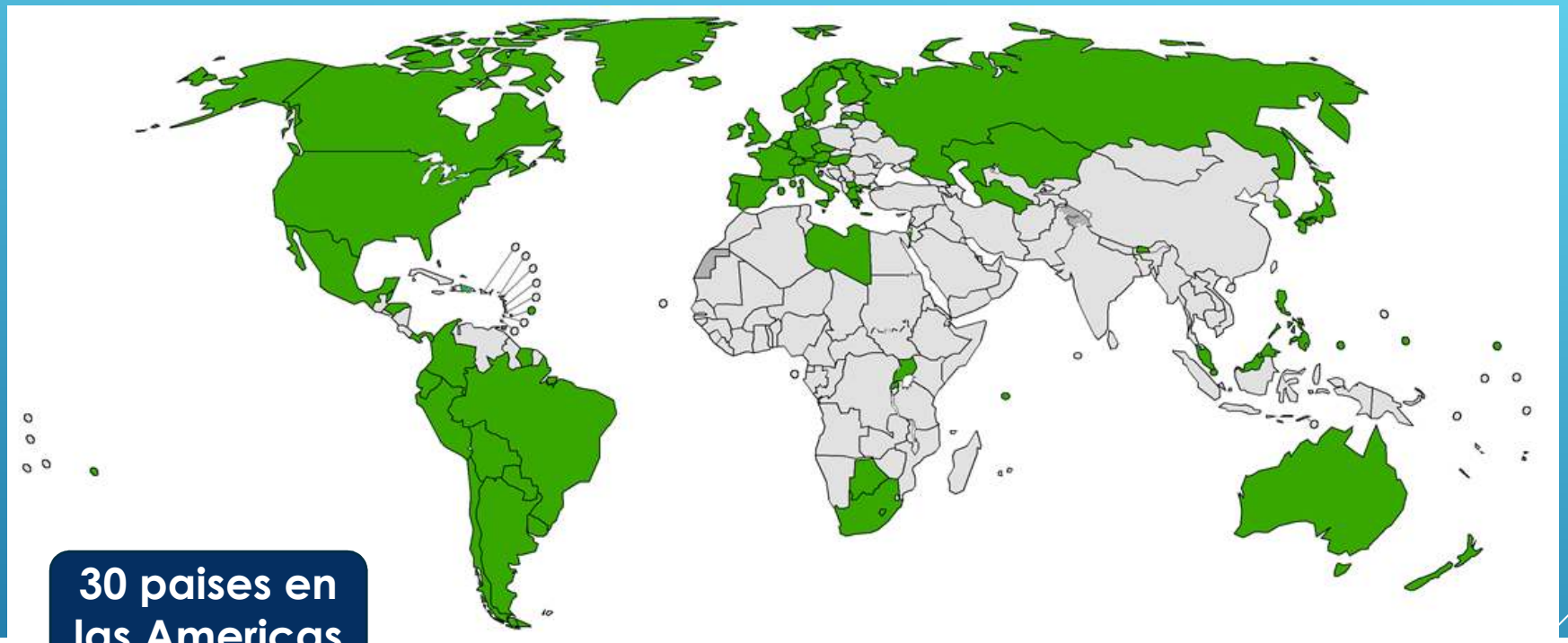
Topicos principales

- Introducción de la vacuna en las Américas
- Estado actual de la vacuna VPH en la Región
- Etapas de introducción de la vacuna de VPH
- Coberturas: clave para el monitoreo de impacto
- Recomendaciones del GTA 2017

Vacunas Contra El VPH: Composición



Introducción De La Vacuna: Países Y Territorios Con La Vacuna Contra el VPH, 2017
(Más De 200 Millones De Dosis En El Mundo)



30 paises en las Americas

	Introduced* to date	*(71 countries or 36.6%)*
	Not Available, Not Introduced/No Plans	*(123 countries or 63.4%)*
	Not applicable	

* Includes partial introduction

Data source: WHO/IVB Database, as of 14 April 2017
Map production Immunization Vaccines and Biologicals (IVB), World Health Organization

The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.
©WHO 2017. All rights reserved.

Países Y Territorios De La Región De Las Américas Y Caribe Que Introdujeron La Vacuna Anti VPH (Hasta Octubre 2017)

Canadá (2007–2009)

USA (6/2006)

México (10/2012)

Belize (11/2016)

Honduras (5/2016)

Panamá (10/2008)

Colombia (8/2012)

Ecuador (2/2014)

Perú (2/2015)

Bolivia (4/2017)

Chile (9/2014)

Rep. Dominicana (4/2017)

Guyana (2/2011, 5/10 regions)

Surinam (11/2013)

Brasil (3/2014)

Paraguay (3/2013)

Uruguay (4/2013)

Argentina (10/2011)

Aruba (11/2014)
Anguila (5/2016)
Bahamas (5/2015)
Bermuda (4/2007)
Barbados (1/2015)
Islas Caimanes (11/2012)
Jamaica (10/2017)
Puerto Rico (6/2006)
Saba (1/3 municipios holandeses, 2012)
Sint Maarten (9/2013)
St. Eustatius (1/2013)
Trinidad y Tobago (2/2013)

* En paréntesis, mes y año de introducción universal según JRF e información de los países

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Vacuna Contra el VPH En las Américas, 2016

- 5 países usan la vacuna bivalente
- 20 usan la cuadrivalente
- 2 usan la nonavalente

- 15/27 países reportaron datos completos de dosis, población y cobertura de 2a o 3a dosis ;
- Cobertura entre 10%-96% (mediana entre 50%-55%)

seis países utilizaron la estrategia genero neutro en 2016

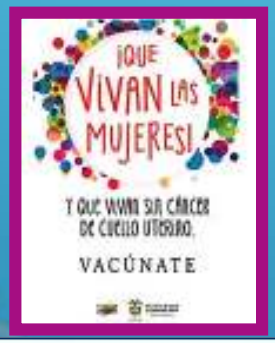
- Aproximadamente 2,9 millones de niñas entre 9-14 años de edad* con vacunación completa

Fuente: OMS/PAHO JRF en 07/07/2017

*Canadá, Estados Unidos reportaron cobertura; sin datos de dosis aplicadas de ellos.

Etapas de Introducción de la Vacuna VPH

Decisión → **Planificación** → **Ejecución** → **Monitoreo/ Evaluación**



Ajustes/ adecuaciones

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

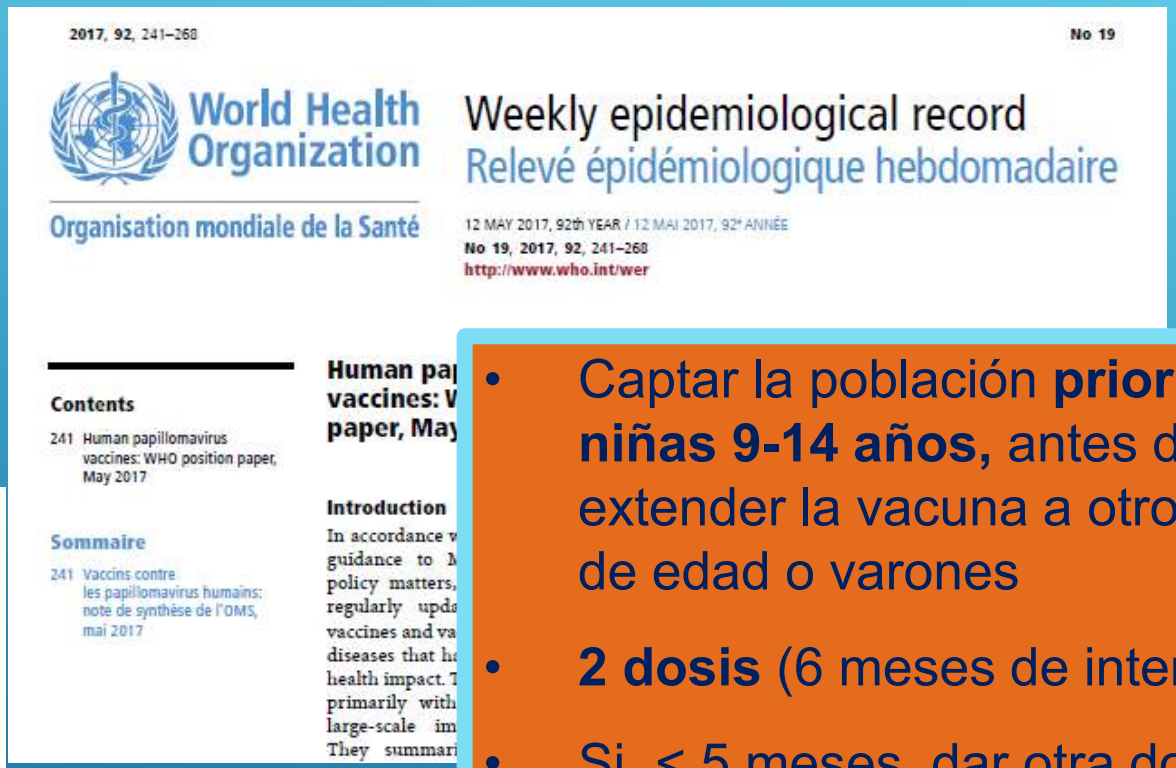
Puntos claves en la planificación/ejecucion/monitoreo y evaluacion

Vacuna contra el VPH en las Américas, 2016

Paises	Dosis 2016			Poblacion			Cobertura
	1	2	3	1	2	3	
Anguilla	211	191		539	211	0	35%
Argentina	292852.5	195943		346110	346110	0	57%
Aruba	369	345		707	369	0	47%
Barbados	1852	405	82	3500	1531	0	12%
Belize	2504	NA		NR		0	NA
Bermuda	316	251	210	700	700	700	30%
Brazil	1180357	1033628		10170060	10170060	0	10%
Canada	NR	NR	NR	NR		0	73%
Cayman	69	183	23	0	0	0	NR
Chile	90056	89999		115445	113924	0	78%
Colombia	50577	51867	930	50577	50577	0	NR
Ecuador	166038	142792	0	164225	164225	0	86%
Guyana	3216	1829	0	NR	NR	0	NR
Honduras	77622	54182	0	98227	98227	0	55%
Mexico	1206620	1199167	0	1245090	1180941	0	96%
Panama	73497	38079	0	68002	68002	0	56%
Paraguay	44142	43057	40519	67385	67385	67385	60%
Peru	819883	0	0	552836	0	0	NR
Suriname	1472	1472	0	4677	4677	0	32%
Saint Maarten	213	0	0	434	434	0	NR
Trinidad Tob.	14441	5213	3949	18000	18000	18000	22%
Uruguay	16510	12998	10402	25413	25413	25413	41%
USA	NR	NR	NR	NR	NR	NR	63% Girls 50% boys

Fuente: OMS/PAHO JRF en 07/07/2017

Posición de La OMS Sobre La Vacuna Contra el VPH (WER Mayo, 2017)



2017, 92, 241–268 No 19

World Health Organization

Organisation mondiale de la Santé

Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

12 MAY 2017, 92th YEAR / 12 MAI 2017, 92e ANNÉE

No 19, 2017, 92, 241–268

http://www.who.int/wer

Contents

241 Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017

Sommaire

241 Vaccins contre les papillomavirus humains: note de synthèse de l'OMS, mai 2017

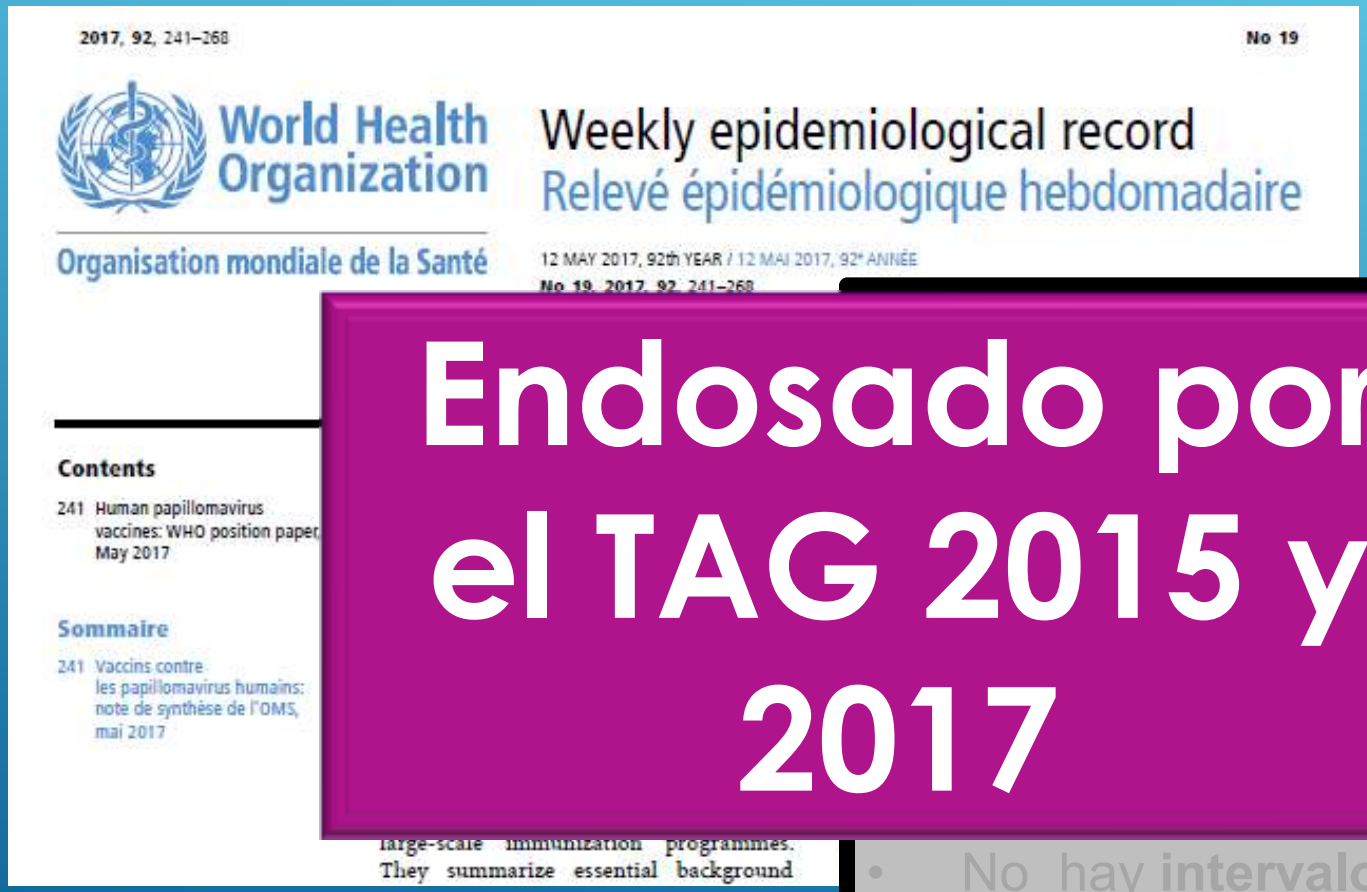
Human pap… vaccines: W… paper, May…

Introduction

In accordance w… guidance to … policy matters, … regularly upda… vaccines and va… diseases that ha… health impact. T… primarily with… large-scale im… They summari…

- Captar la población **prioritaria**: **niñas 9-14 años,** antes de extender la vacuna a otros grupos de edad o varones
- **2 dosis** (6 meses de intervalo)
- Si < 5 meses, dar otra dosis 6 meses después de la primera
- No hay **intervalo máximo** (sugiere no más de 12-15 meses)

Posición de la OMS sobre la Vacuna Contra El VPH (WER Mayo, 2017)


2017, 92, 241–268

No 19

World Health Organization

Organisation mondiale de la Santé

Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

12 MAY 2017, 92th YEAR / 12 MAI 2017, 92e ANNÉE

No. 19, 2017, 92, 241–268

Contents

241 Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017

Sommaire

241 Vaccins contre les papillomavirus humains: note de synthèse de l'OMS, mai 2017

large-scale immunization programmes. They summarize essential background

Endosado por el TAG 2015 y 2017

rioritaria:

es de

otros grupos

ntervalo)

a dosis 6

primera

- No hay **intervalo máximo** (sugiere no más de 12-15 meses)

Recomendaciones GTA 2017

El GTA reitera la importancia de priorizar la cobertura alta en las cohortes de niñas adolescentes:

para asegurar la protección completa contra el VPH en niñas e inducir inmunidad de rebaño en poblaciones de niños.

Las vacunas disponibles actualmente tienen perfiles de seguridad comparables y ofrecen una protección similar contra el cáncer cervicouterino.

GTA alienta a los estados miembros que aún no han introducido la vacuna en sus esquemas de vacunación de rutina, a evaluar su factibilidad, costo efectividad, y otros criterios relevantes para la toma de decisiones al nivel nacional, para considerar la incorporación de esta vacuna

Recomendaciones GTA 2017

El GTA le urge a los estados miembros de la OPS que consideren cuidadosamente sus abordajes a la comunicación sobre la vacuna contra el VPH, asegurando la generación de mensajes específicamente dirigidos.

El GTA le pide a la OPS que apoye intercambios entre países sobre las lecciones aprendidas en la comunicación de la seguridad de la vacuna contra el VPH y el manejo de crisis.

El GTA solicita que la OPS apoye a los estados miembros en sus esfuerzos para documentar mejor la cobertura de la vacunación contra el VPH

Donde sea posible, los países deben monitorear el impacto de la vacunación contra el VPH.

APOYO DE OPS PARA LA IMPLEMENTACIÓN EN LA REGIÓN, 2017

- Reunión de expertos – WDC, 7 y 8 de Febrero

- Reunión para los países de la Región del Caribe, Miami, sobre ***Plan de introducción y Plan de Comunicación,*** 22 y 23 de Mayo

- Reunión sobre ***Lecciones Aprendidas y Plan de Comunicación,*** 24 al 26 de Octubre

APOYO DE OPS PARA LA IMPLEMENTACIÓN EN LA REGIÓN, 2018

- Publicacion del reporte de lecciones aprendidas
- Manual de calculo de coberturas de vacunación
- Revisión de metodologías para medir impacto y efectividad de la vacuna de VPH (Epiconcept- European Cooperation in Science and Technology): países seleccionados para realización de estudios de impacto
- Desarrollo de material de comunicación:

✓ video

✓ vacunación con VPH: dudas mas frecuentes)

GRACIAS! THANK YOU! OBRIGADA!

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

ICO 10 MÉS 10
Institut Català d'Oncologia

Bellvitge
Hospital Universitari
Institut Català de la Salut

HPV Vaccination in the Region of the Americas:
Lessons Learned from vaccine introduction and Communication Strategies
Antigua, Guatemala, 24-26 October, 2017

24 Oct 2017
11:40 AM

Section II – Performance of the Immunization Program: Global Perspective

GLOBAL OVERVIEW OF VACCINATION COVERAGE

Laia Bruni, MD MPH PhD

Unit of Infections and Cancer- Information and Interventions (UNIC-I&I)
Cancer Epidemiology Research Program
Catalan Institute of Oncology (ICO), IDIBELL
Barcelona, Spain

lbruni@iconcologia.net

Global estimates of human papillomavirus vaccination coverage by region and income level: a pooled analysis

Laia Bruni, Mireia Diaz, Leslie Barrionuevo-Rosas, Rolando Herrero, Freddie Bray, F Xavier Bosch, Silvia de Sanjosé, Xavier Castellsagué

Summary

Background Since 2006, many countries have implemented publicly funded human papillomavirus (HPV) immunisation programmes. However, global estimates of the extent and impact of vaccine coverage are still unavailable. We aimed to quantify worldwide cumulative coverage of publicly funded HPV immunisation programmes up to 2014, and the potential impact on future cervical cancer cases and deaths.

Lancet Glob Health 2016; 4: e453–63

See Comment page e428

Unit of Infections and Cancer, Cancer Epidemiology Research

- AIM: Making use of all information available and through a synthetic analysis:
  - Status of HPV vaccination programs.
  - To present estimations of global HPV vaccination coverage in women
  - To estimate the potential number of cervical cancer cases averted in the vaccinated cohorts.

INDEX

- Global vaccine uptake (2006-2016)
- Projected cervical cancer disease reductions in vaccinated cohorts
- Impact of drops in vaccination coverage

METHODS

- **STEP 1: Data retrieval**
  - Systematic review of the literature
  - Search in government, official websites

  } up to December 2016

1. Identification of HPV national immunization programs worldwide
2. For each program:
   - Identification of all targeted birth-cohorts by sex and the vaccination strategy to reach them:
     - Primary target vs Catch-up
     - Organized vs opportunistic

3. Age-specific HPV vaccination coverages → **birth-cohort** specific coverages
     - 1 dose and full course coverage

METHODS

- **STEP 2: Missing data treatment**
  1. Imputation algorithm for birth cohorts without coverage data
  2. Linear regression to estimate one-dose coverage from full-course coverage (or vice versa)

METHODS

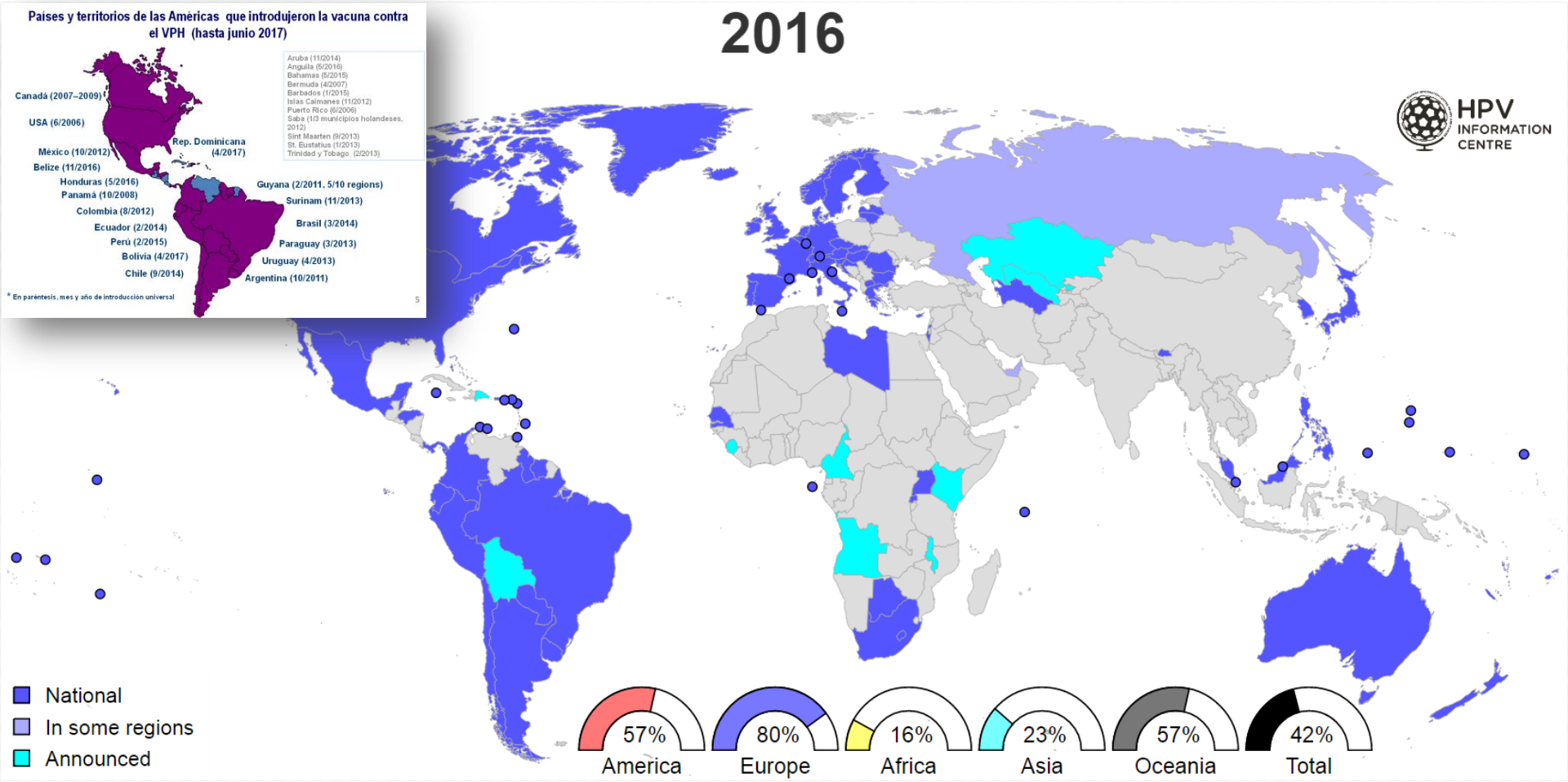
- **STEP 3: Estimations**

  1. Number of vaccinated people: coverages applied to population estimates (UN 2015 revision) by country and income level
  2. Cervical cancer averted in vaccinated cohorts: cervical cancer projections using 2012 Globocan incidence and mortality rates by country

RESULTS
TARGETED BIRTH-COHORTS

STEP 1: DATA RETRIEVAL

HPV VACCINE IN NATIONAL IMMUNIZATION PROGRAMS (NIP)

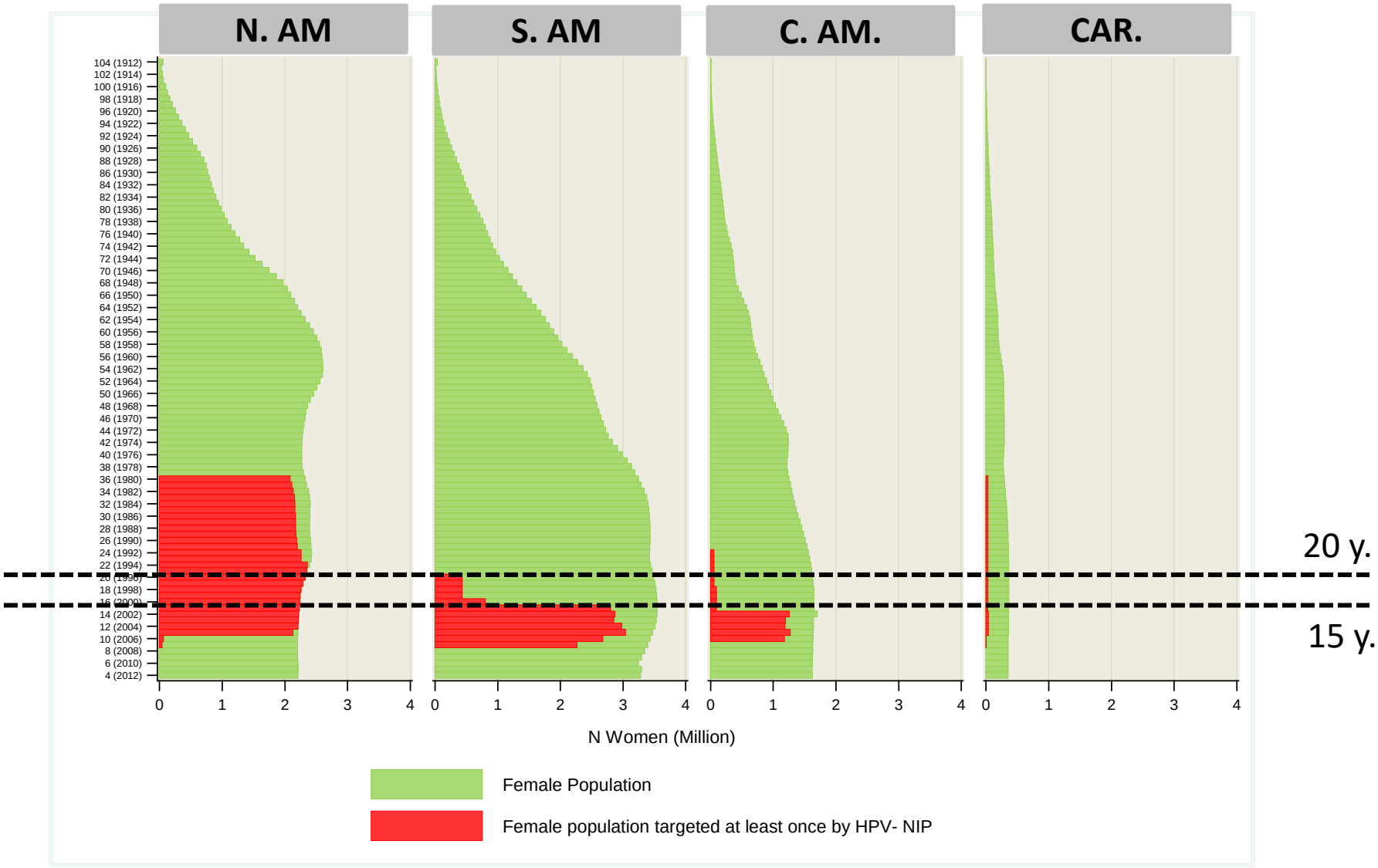


82 countries (42%) with HPV-NIP

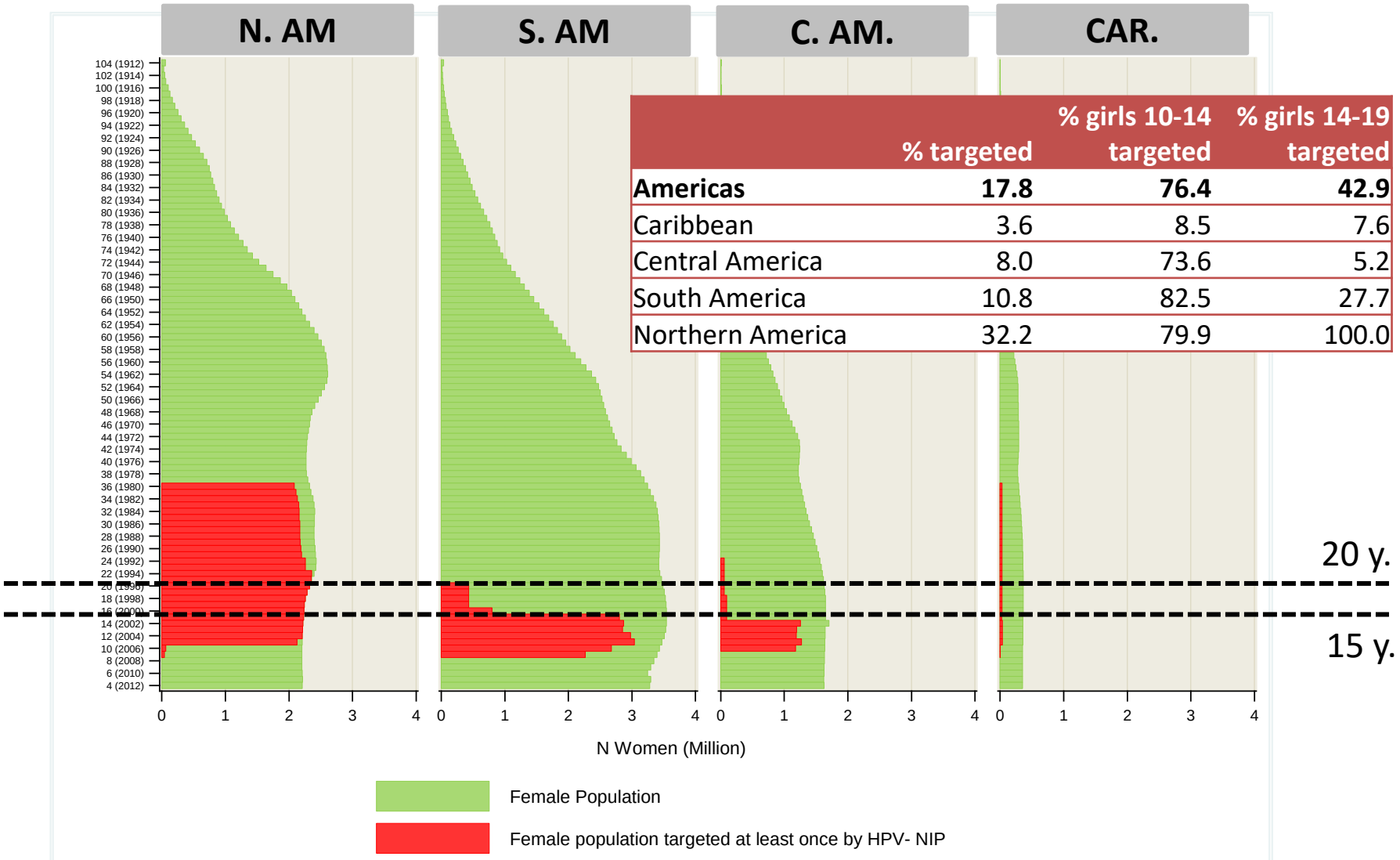
RESULTS: TARGETED BIRTH COHORTS BY NATIONAL IMMUNIZATION PROGRAMS CUMULATIVE NUMBER 2006-2016

	2016	2016 Amer.
N of countries with HPV National Immunization programs (HPV-NIP) (excl. territories)	82	20
Cumulative number of birth cohorts identified as having been targeted by HPV-NIP	1821♀ 210♂	392♀ 65♂

TARGETED FEMALE POPULATION IN PAHO REGION



TARGETED FEMALE POPULATION IN PAHO REGION



	% targeted	% girls 10-14 targeted	% girls 14-19 targeted
Americas	**17.8**	**76.4**	**42.9**
Caribbean	3.6	8.5	7.6
Central America	8.0	73.6	5.2
South America	10.8	82.5	27.7
Northern America	32.2	79.9	100.0

Bruni et al. 2017. In preparation.
For methodology please refer to: Bruni 2016 Lancet Global Health

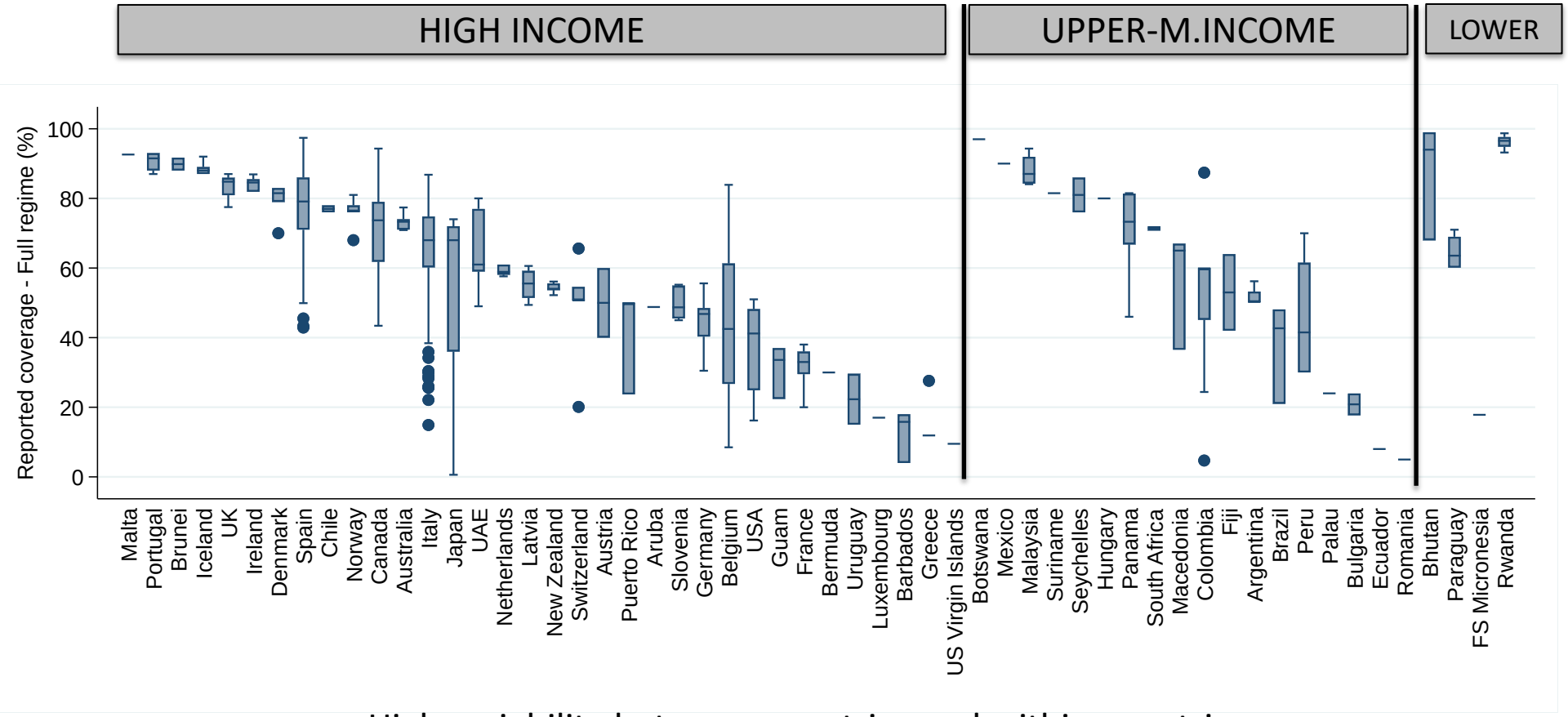
RESULTS
OBSERVED COVERAGE DATA

STEP 1: DATA RETRIEVAL

METHODS

	2016	2016 Amer.
N of countries with HPV National Immunization programs (HPV-NIP) (excl. territories)	82	20
Cumulative number of birth cohorts identified as having been targeted by HPV-NIP	1821♀ 210♂	392♀ 65♂
Birth-cohort specific coverages retrieved	845 from 63 countries	191 **50%** from 14 countries **70%**

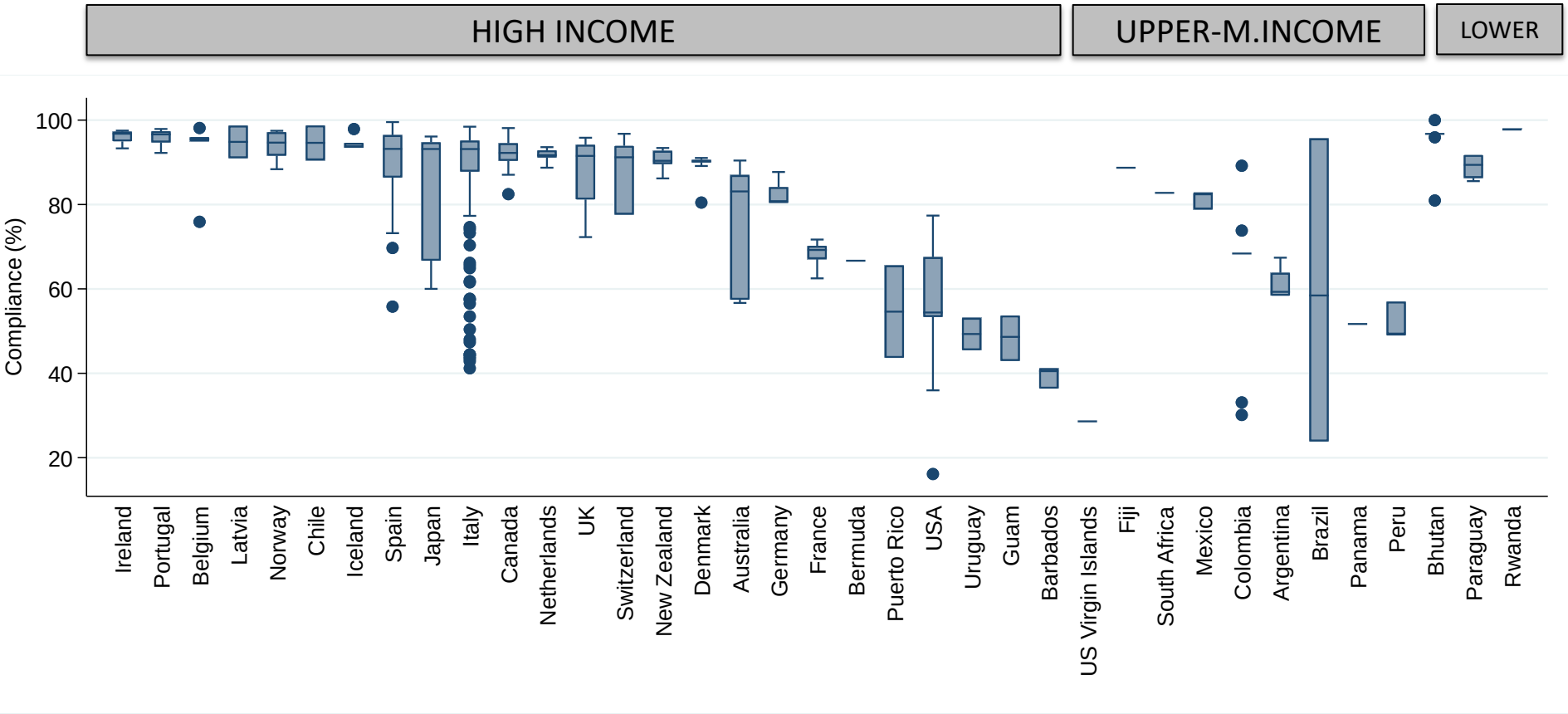
REPORTED COVERAGES AMONG PRIMARY TARGETS



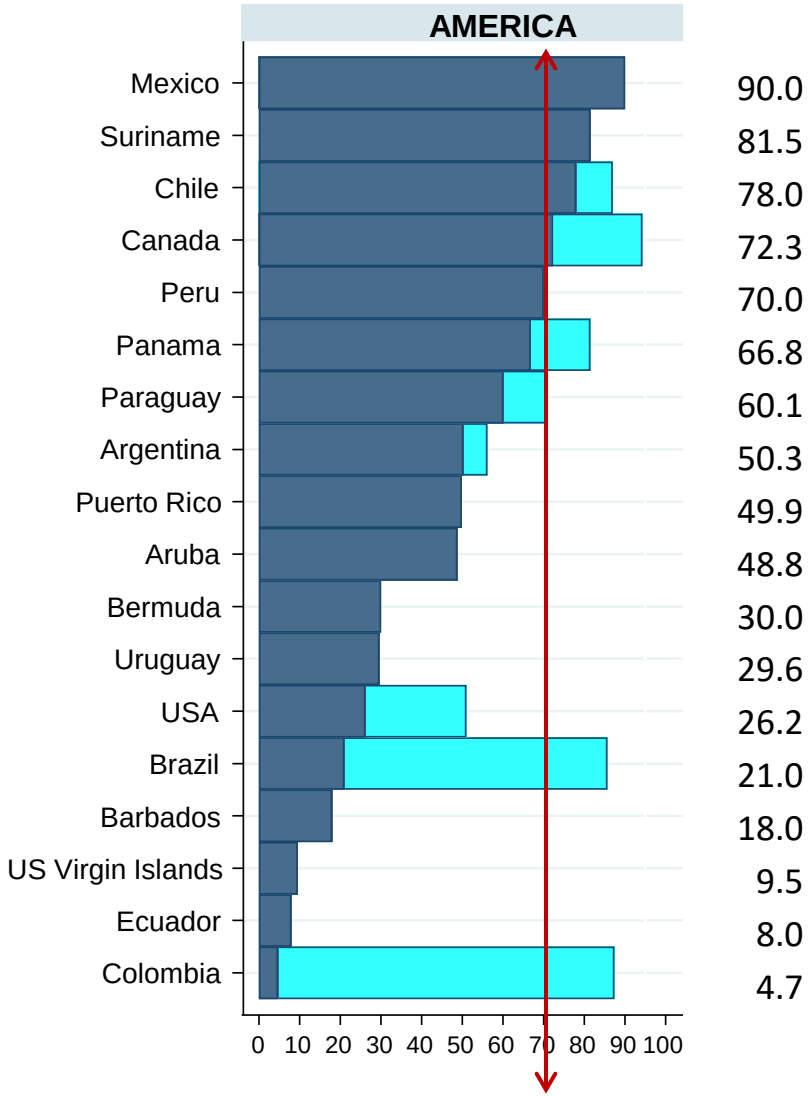
High variability between countries and within countries

COMPLIANCE

% who completed the full regime after receiving the first dose of vaccine



REPORTED COVERAGES – FULL COURSE (EITHER 3/2 DOSES)
YOUNGEST VACCINATED COHORT



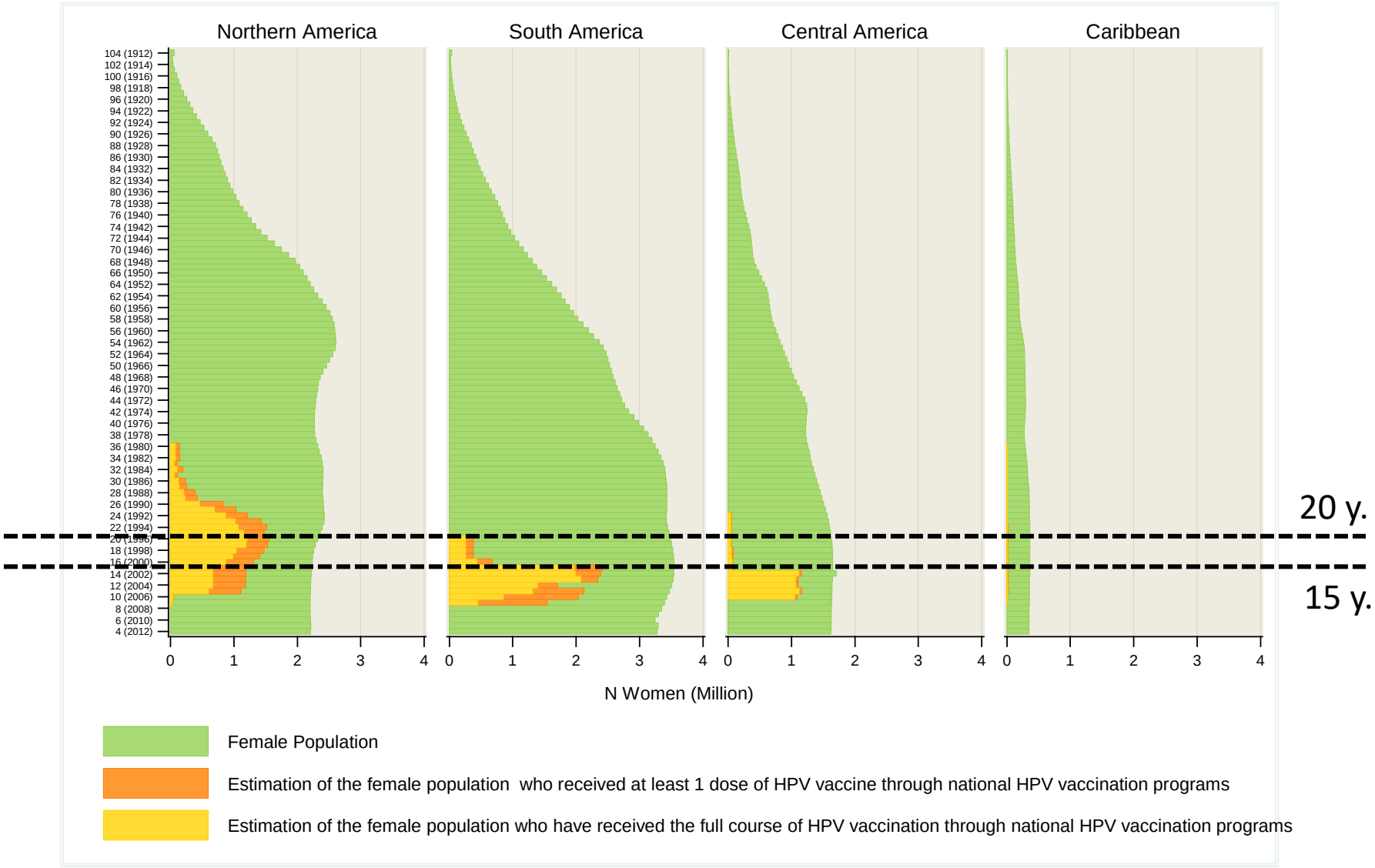
RESULTS
ESTIMATED COVERAGE DATA

STEPS 2-3: MISSING DATA TREATMENT AND ESTIMATIONS APPLYING POPULATION STATISTICS

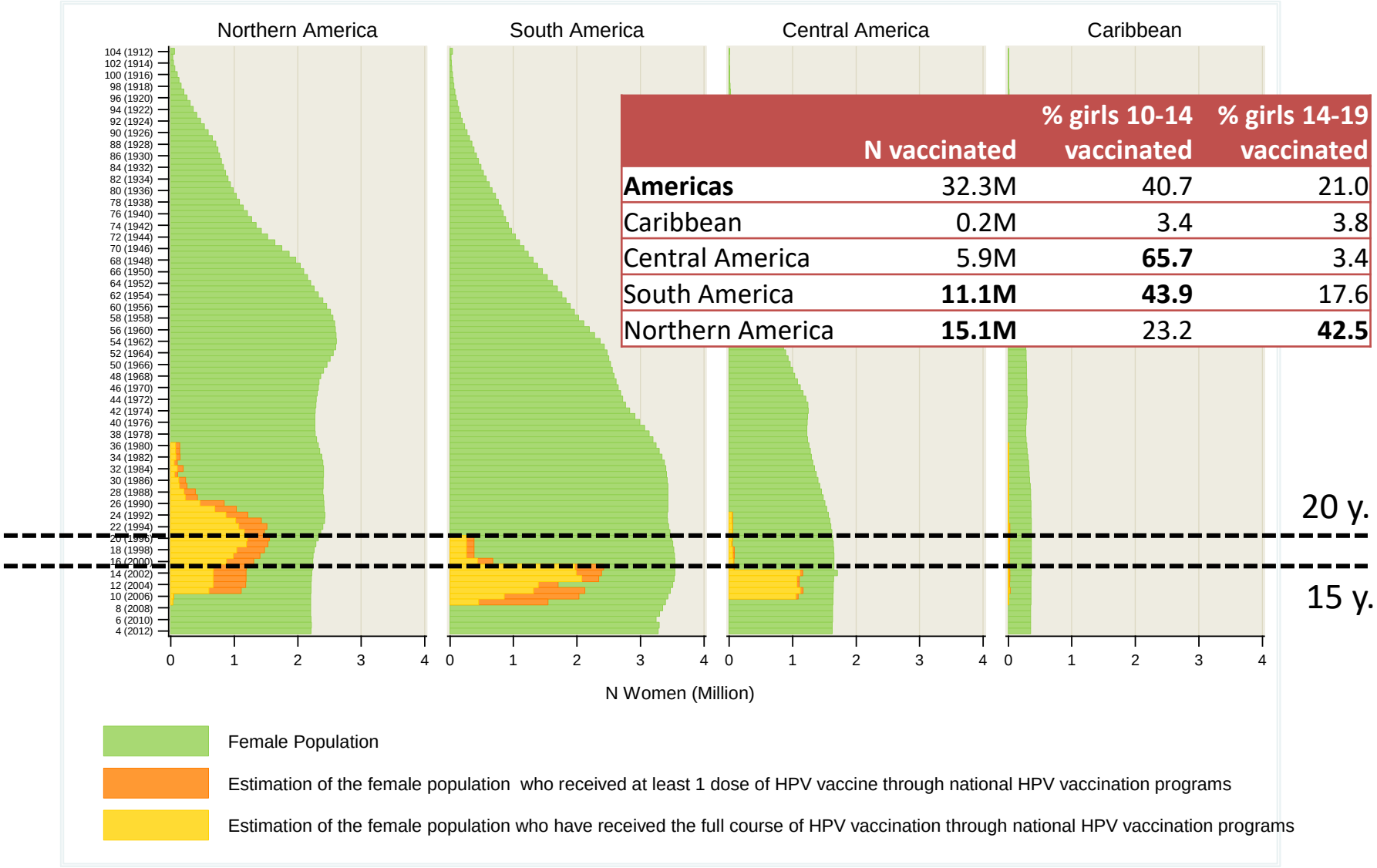
METHODS

	2016	2016 Amer.
N of countries with HPV National Immunization programs (HPV-NIP) (excl. territories)	82	20
Cumulative number of birth cohorts identified as having been targeted by HPV-NIP	1821♀ 210♂	392♀ 65♂
Birth-cohort specific coverages retrieved	845 from 63 countries	191 **50%** from 14 countries **70%**
Birth-cohort specific coverages imputed	1039♀ 185♂	221♀ 49♂

ESTIMATIONS OF NUMBER OF VACCINATED FEMALES BY DEC 2016



ESTIMATIONS OF NUMBER OF VACCINATED FEMALES BY DEC 2016

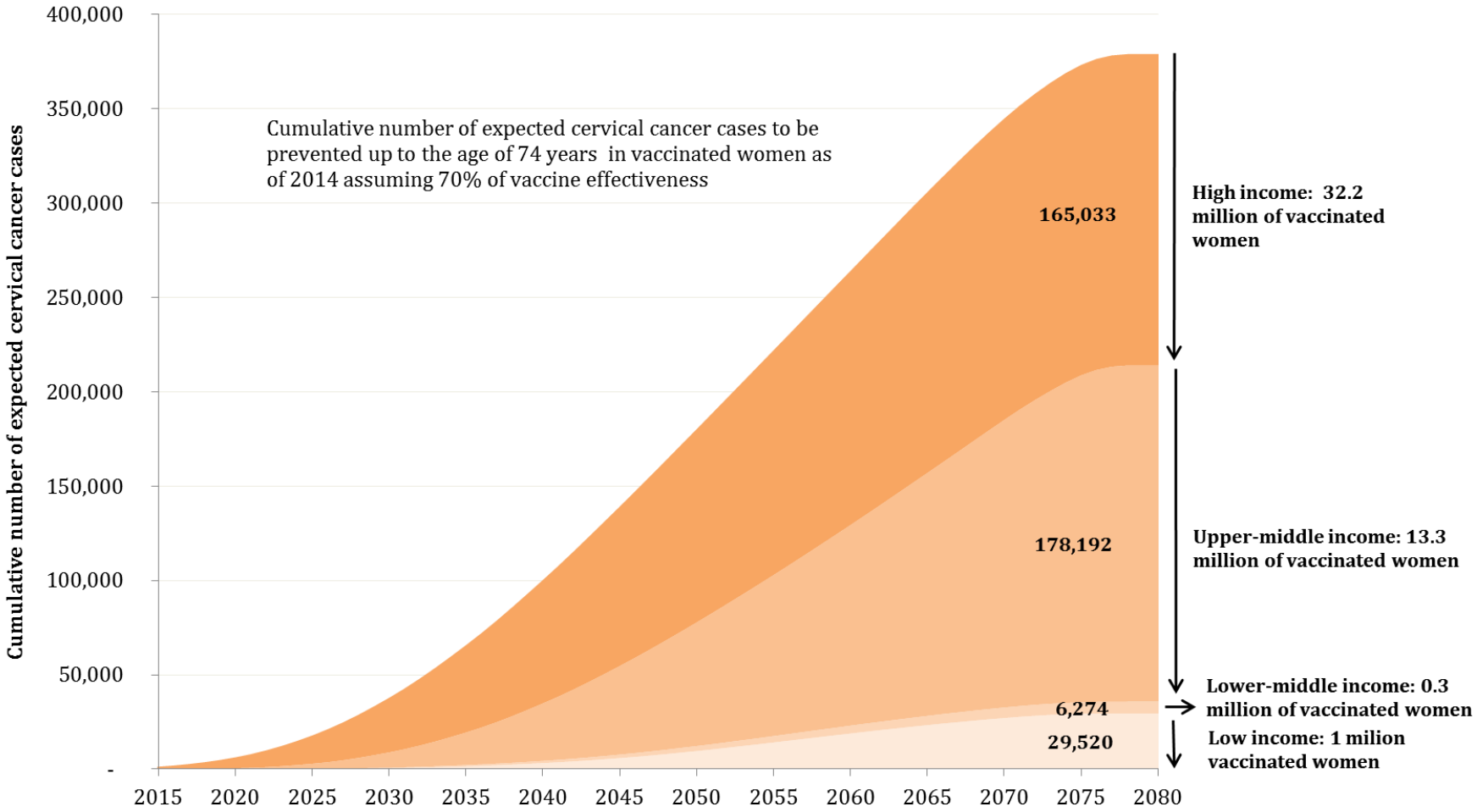


	N vaccinated	% girls 10-14 vaccinated	% girls 14-19 vaccinated
Americas	32.3M	40.7	21.0
Caribbean	0.2M	3.4	3.8
Central America	5.9M	**65.7**	3.4
South America	**11.1M**	**43.9**	17.6
Northern America	**15.1M**	23.2	**42.5**

RESULTS
PROJECTED CERVICAL CANCER REDUCTION

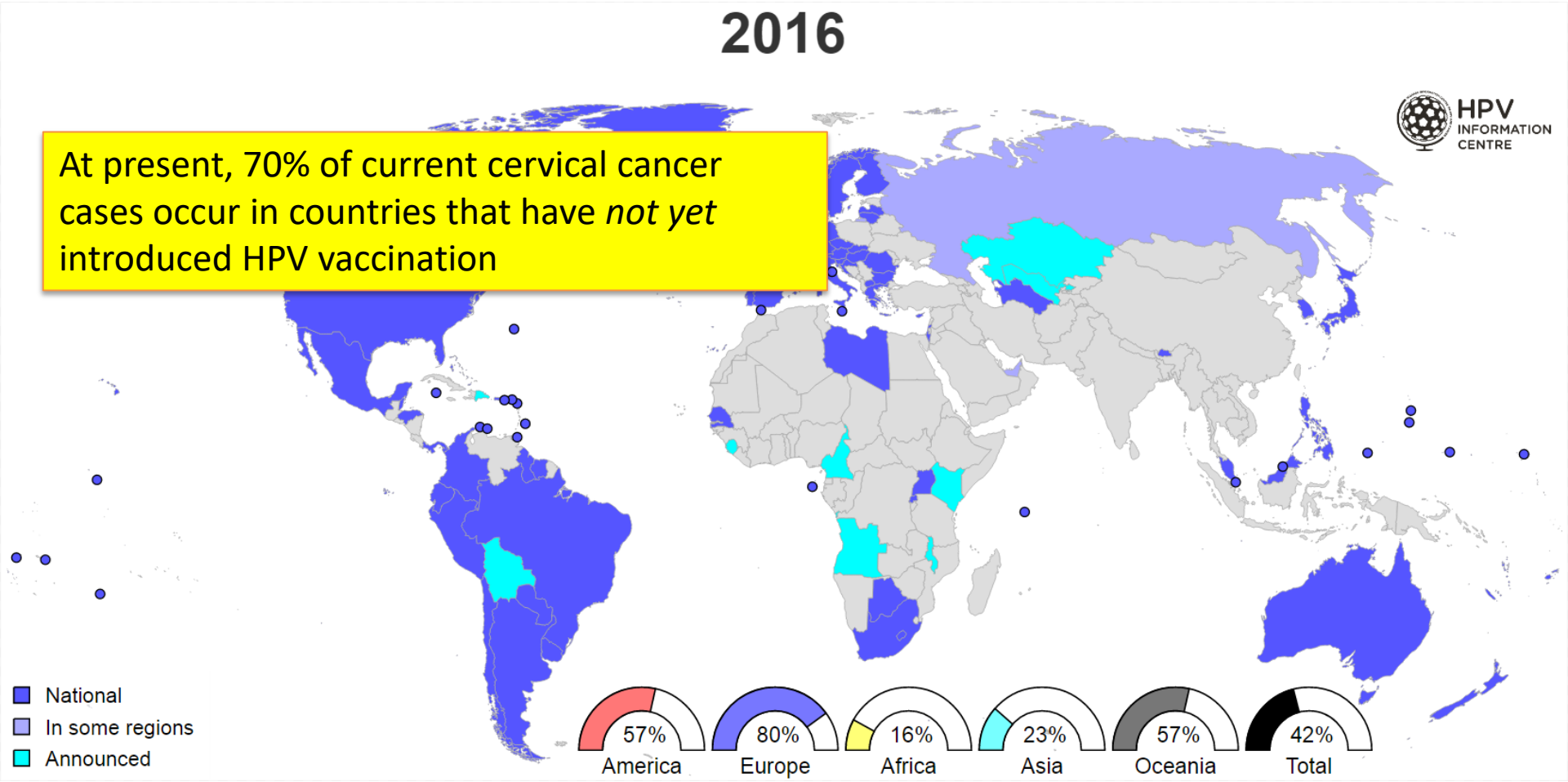
STEPS 2-3: MISSING DATA TREATMENT AND ESTIMATIONS APPLYING POPULATION PROJECTIONS AND CURRENT CANCER RATES

ESTIMATED INCIDENT CERVICAL CANCER AVERTED IN VACCINATED WOMEN BY 2014 (47 MILLION WOMEN)



Bruni et al. 2016 Lancet Global Health

HPV VACCINE IN NATIONAL IMMUNIZATION PROGRAMS (NIP)

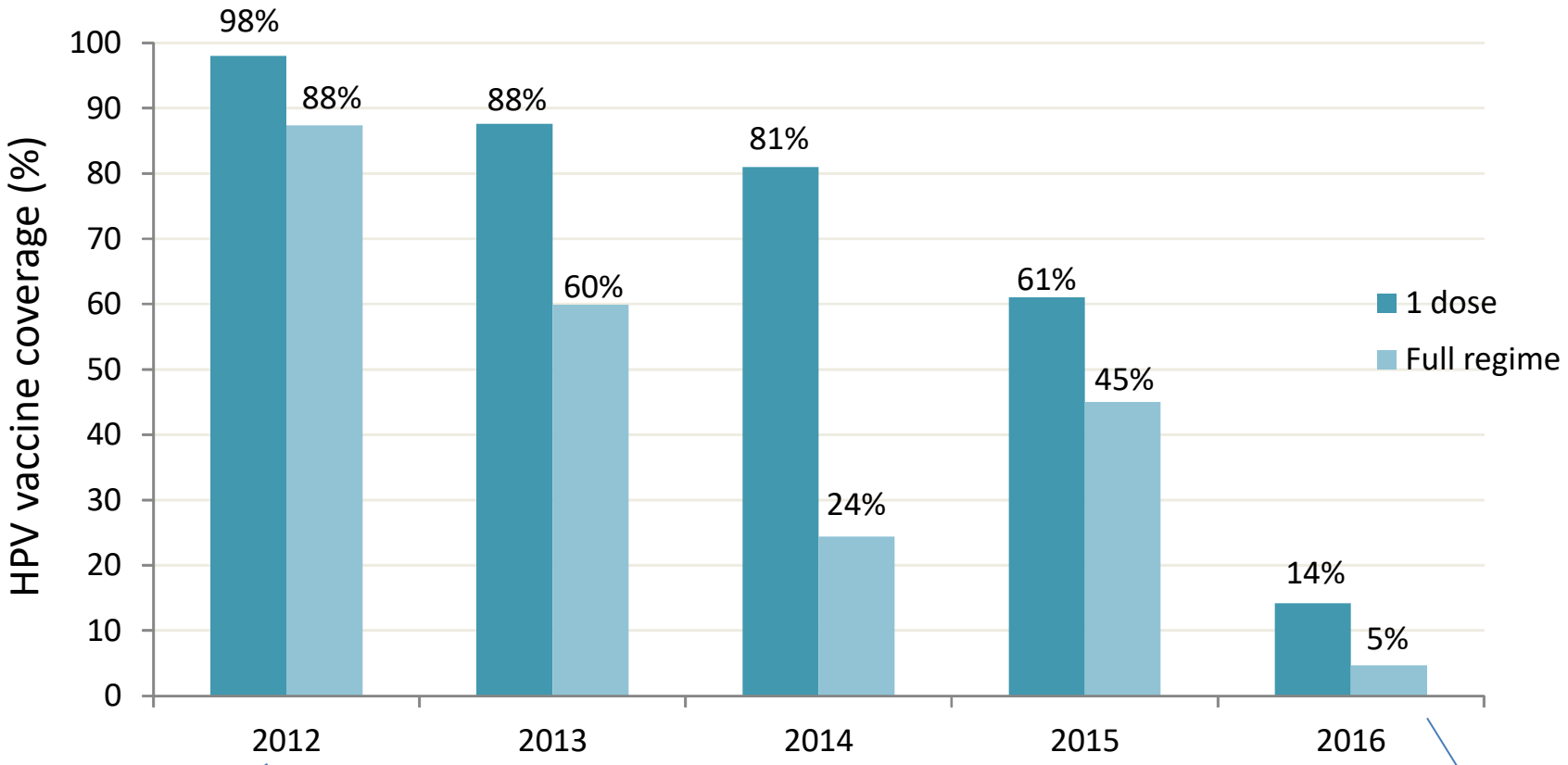


82 countries (42%) with HPV-NIP

IMPACT OF DROPS IN VACCINATION COVERAGE

EXAMPLE OF COLOMBIA

HPV VACCINE COVERAGE IN COLOMBIA



4th graders:
9 yo.

+300.000
Vaccinated girls

4th graders:
9 yo.
+
Catch-up
5th-11th graders
10-17 yo.

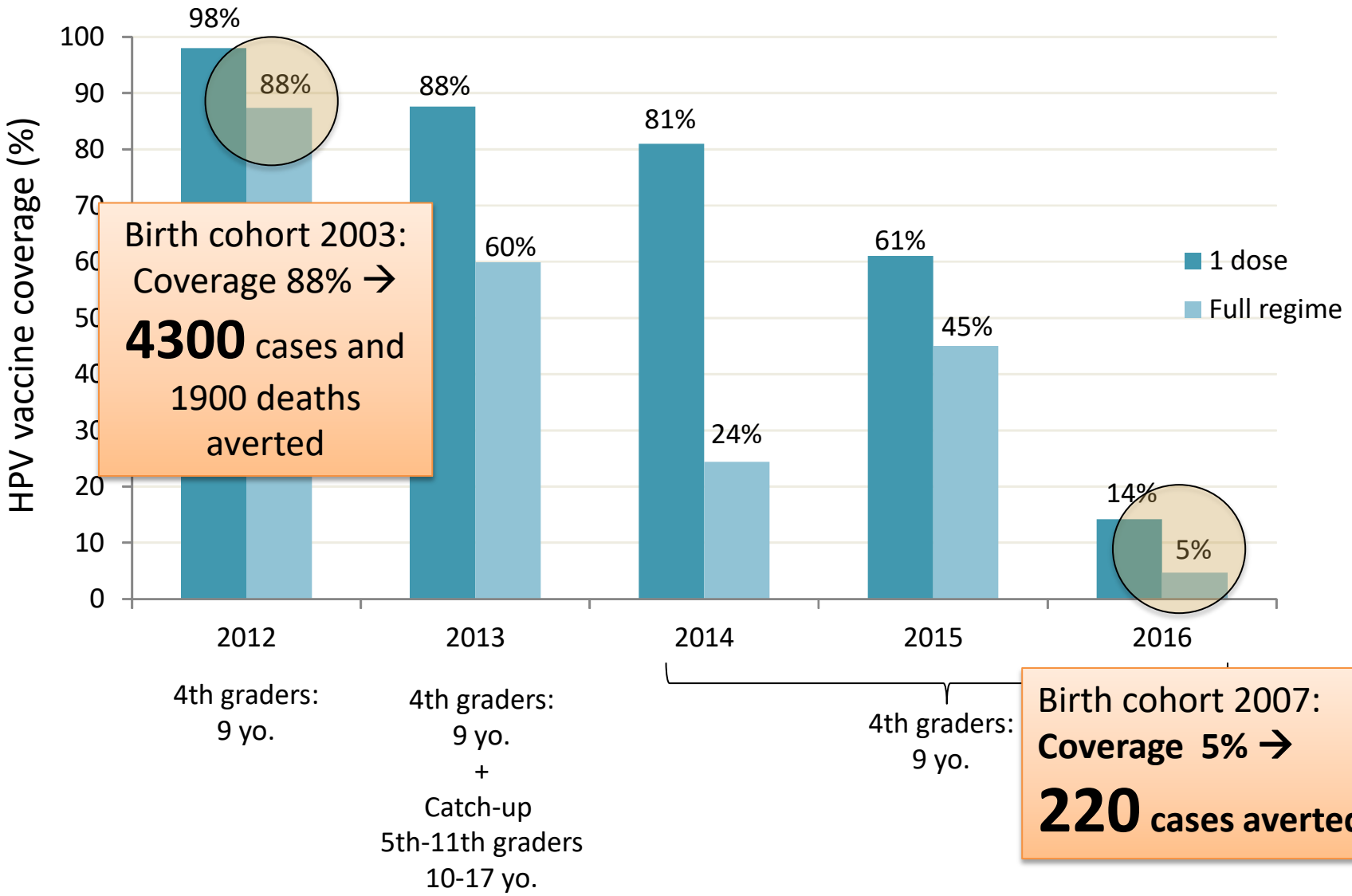
+1.5 M vaccinated girls

4th graders:
9 yo.

Aprox. 15.000
Vaccinated girls

Elaboración propia con datos procedentes del Ministerio de Salud

HPV VACCINE COVERAGE IN COLOMBIA



Elaboración propia con datos procedentes del Ministerio de Salud

- In Colombia, for every 1% of coverage we would avert in each vaccinated cohort about 40 new cases of cervical cancer and about 18 deaths before age 75

*Estimates based on cumulative risk before age 75: 1.9%, IARC Globocan 2012

NUMBER NEEDED TO VACCINATE

BASED ON CUMULATIVE RISK BEFORE AGE 75
and assuming 70% effectiveness

Country	To prevent 1 CC case	To prevent 1 CC death
Guyana	29	57
Bolivia	29	60
Suriname	39	79
Nicaragua	41	71
Peru	42	110
Paraguay	45	84
Belize	46	89
Dominican R.	48	102
Ecuador	48	95
Venezuela	48	110
Honduras	53	95
Jamaica	55	110
Trinidad & Tob.	57	102
Haiti	57	110
Mexico	62	159

Country	To prevent 1 CC case	To prevent 1 CC death
Barbados	65	204
El Salvador	65	119
Bahamas	68	179
Argentina	71	159
Guatemala	71	119
Colombia	75	159
Uruguay	79	204
Panama	79	179
Brazil	84	179
Cuba	89	204
Chile	110	204
Costa Rica	130	286
Puerto Rico	143	476
Canada	238	714
USA	238	476

SUMMARY

- Many countries have introduced HPV vaccine in their national immunization programs. (82 out of 196 countries).
- However, populations with the highest incidence and mortality of disease remain largely unprotected.
- Current HPV vaccination programs target only 14% of young adolescents females worldwide.
- There are huge differences not only in HPV vaccination coverage by income level, but also in programs performance.

SUMMARY

- Many girls from high and upper-middle income countries have been vaccinated against HPV.
- Half of them are from America (32M out of 61M)
- Upper-middle income countries accumulate most of the expected reduction in cervical cancer, and 82% are LAC countries.
- Coverage is key to attain this desired impact

DISCUSSION

- Still, there is a need:
  - to increase efforts to offer the vaccine to more girls and boys globally
  - to increase uptake in those countries with low coverage rates.
  - To approach women beyond preadolescent ages with screening and/or vaccination as they remain unprotected and will be the ones carrying most of CC burden for the next 50 years
  - To reinforce information systems to adequately monitor progress

¡Muchas gracias!

Photo from:
http://www.undp.org/content/undp/en/home/mdgoverview/post-2015-development-agenda/goal-5.html
[accessed Nov 2015]

HPV INFORMATION CENTRE

www.hpvcentre.net

HPV WORLD

Newsletter on Human Papillomavirus
Free subscription
www.hpvworld.com

Newsletter on Human Papillomavirus
Free suscription
www.hpvworld.com

HPV WORLD

SEPTEMBER 2017 - year 1 No. 17-26

Newsletter on Human Papillomavirus · www.hpvworld.com

Single-dose efficacy using the quadrivalent HPV vaccine: Early findings from an Indian study
Rengaswamy Sankaranarayanan, MD
Neerja Bhatla, MBBS, MD
Bhagwan M Nene, MD, FRCP
Partha Basu, MD
France & India

Global vaccine uptake and projected cervical cancer disease reductions
Laia Bruni, MD, MPH, PhD
Hospitalet de Llobregat, Spain

Perspectives on accelerating HPV vaccines toward impact
Peter Dull, MD
Seattle, WA, United States

Can we use one dose of HPV vaccine to ensure long term protection?

INTERVIEW WITH
Aimée R. Kreimer, PhD
Senior Investigator, Infections & Immunoepidemiology Branch
Bethesda, MD, United States

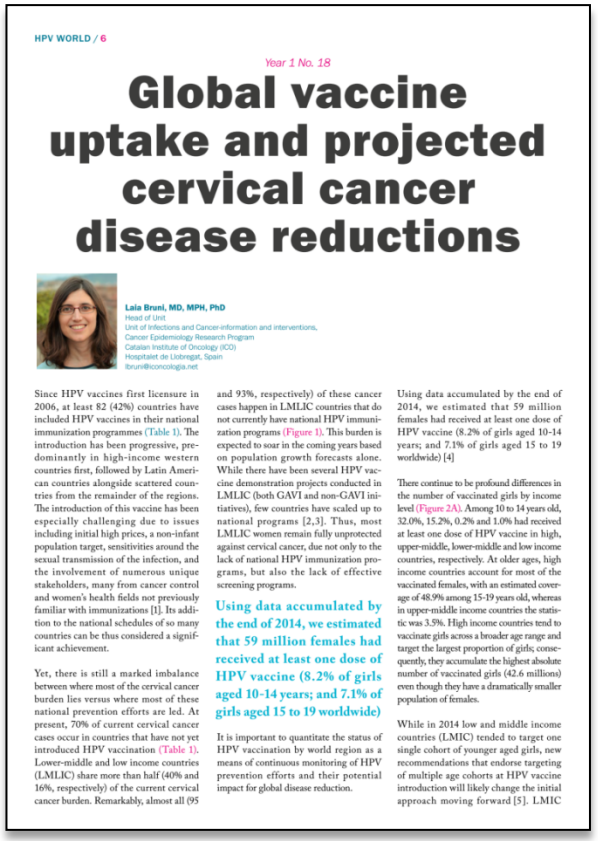
Two doses of the HPV vaccines administered 6- to 12-months apart is the current recommendation for adolescents. What makes you think a single dose might be enough?
In the pre-licensure HPV vaccine trials, women were randomized to receive three doses of either the HPV vaccine or the control vaccine. Yet, not all women in the studies received all the doses. This enabled us to look at the efficacy of the HPV vaccines by number of doses received. We did this first in the Costa Rica HPV Vaccine Trial (CVT), which tested the bivalent HPV vaccine. We showed similar vaccine efficacy over four years among women who received one, two and three doses of the bivalent HPV vaccine. We also observed durable antibody responses in single-dose women, which suggested... (page 4)

The Biological Rationale For A One Dose HPV Vaccine

John T. Schiller, PhD | Bethesda, MD, United States

Although the antigens in the HPV vaccines are designated "virus-like particles" (VLPs) because they mimic the outer shell of authentic HPV virions, they are generally considered to be a type of subunit vaccine in that they are composed of a single highly purified protein, in this case the L1 major capsid protein, and are entirely noninfectious.

It was therefore surprising when post-hoc dose-stratified analyses from the bivalent and quadrivalent HPV vaccines efficacy trials suggested non-inferior protection... (page 15)



Year 1 No. 18

Global vaccine uptake and projected cervical cancer disease reductions

Laia Bruni, MD, MPH, PhD
Head of Unit
Unit of Infections and Cancer-information and interventions,
Cancer Epidemiology Research Program
Catalan Institute of Oncology (ICO)
Hospitalet de Llobregat, Spain
lbruni@iconcologia.net

Since HPV vaccines first licensure in 2006, at least 82 (42%) countries have included HPV vaccines in their national immunization programmes (Table 1). The introduction has been progressive, predominantly in high-income western countries first, followed by Latin American countries alongside scattered countries from the remainder of the regions. The introduction of this vaccine has been especially challenging due to issues including initial high prices, a non-infant population target, sensitivities around the sexual transmission of the infection, and the involvement of numerous unique stakeholders, many from cancer control and women's health fields not previously familiar with immunizations [1]. Its addition to the national schedules of so many countries can be thus considered a significant achievement.

Yet, there is still a marked imbalance between where most of the cervical cancer burden lies versus where most of these national prevention efforts are led. At present, 70% of current cervical cancer cases occur in countries that have not yet introduced HPV vaccination (Table 1). Lower-middle and low income countries (LMLIC) share more than half (40% and 16%, respectively) of the current cervical cancer burden. Remarkably, almost all (95 and 93%, respectively) of these cancer cases happen in LMLIC countries that do not currently have national HPV immunization programs (Figure 1). This burden is expected to soar in the coming years based on population growth forecasts alone. While there have been several HPV vaccine demonstration projects conducted in LMLIC (both GAVI and non-GAVI initiatives), few countries have scaled up to national programs [2,3]. Thus, most LMLIC women remain fully unprotected against cervical cancer, due not only to the lack of national HPV immunization programs, but also the lack of effective screening programs.

Using data accumulated by the end of 2014, we estimated that 59 million females had received at least one dose of HPV vaccine (8.2% of girls aged 10-14 years; and 7.1% of girls aged 15 to 19 worldwide)

It is important to quantitate the status of HPV vaccination by world region as a means of continuous monitoring of HPV prevention efforts and their potential impact for global disease reduction.

Using data accumulated by the end of 2014, we estimated that 59 million females had received at least one dose of HPV vaccine (8.2% of girls aged 10-14 years; and 7.1% of girls aged 15 to 19 worldwide) [4]

There continue to be profound differences in the number of vaccinated girls by income level (Figure 2A). Among 10 to 14 years old, 32.0%, 15.2%, 0.2% and 1.0% had received at least one dose of HPV vaccine in high, upper-middle, lower-middle and low income countries, respectively. At older ages, high income countries account for most of the vaccinated females, with an estimated coverage of 48.9% among 15-19 years old, whereas in upper-middle income countries the statistic was 3.5%. High income countries tend to vaccinate girls across a broader age range and target the largest proportion of girls; consequently, they accumulate the highest absolute number of vaccinated girls (42.6 millions) even though they have a dramatically smaller population of females.

While in 2014 low and middle income countries (LMIC) tended to target one single cohort of younger aged girls, new recommendations that endorse targeting of multiple age cohorts at HPV vaccine introduction will likely change the initial approach moving forward [5]. LMIC

COBERTURAS VACUNALES ACUMULADAS PARA LAS COHORTES DE NIÑAS DE 9 A 15 AÑOS CON LA VACUNA D2 VPH-2017

Método de cálculo (Brasil)

Ana Goretti Kalume Maranhão
Coordinación General del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI)
Secretaria de Vigilancia en Salud
Ministerio de la Salud
anagoretti@saúde.gov.br

Objetivo:

- **Calcular la cobertura vacunal acumulada para las cohortes de niñas y niños vacunados con VPH cuadrivalente.**
- **Posibilitar a los 26 estados y Distrito Federal, y los 5.570 municipios conocer la CV de VPH en la población objetivo para el seguimiento de las acciones de vacunación**

➢ **Se aplica también: Tríplice viral, FA, HB, ...**

➢ **Fuentes de información:**

- **Sistema de Información del PNI (SIPNI)**
- **Censo poblacional del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) 2012**

➢ **Procesamiento de datos:**

- **Programa automatizado desarrollado en el EpiInfo versión 3.5.4 (CDC)**

➢ **Limitaciones:**

- **Muertes**
- **Inconsistencias de datos**

- **Cobertura vacunal acumulada VPH em Brasil**

El seguimiento de las cohortes de la población femenina vacunada con la vacuna VPH cuadrivalente consideró:

- **La suma de todas las dosis aplicadas desde la introducción de la vacuna en 2013 (en el Distrito Federal, en lo estado de Amazonas y algunos municipios de otros estados)**
- **Para los demás estados la introducción fue en 2014**
- **Para avaluar la situación vacunal de la cohorte de 9 a 15 años en 2017,se ha hecho la verificación de la situación vacunal actualizada en el país, tomando en cuenta la suma de todas las doses aplicadas por edad.**

1. **Organizar las dosis aplicadas de VPH anualmente en el país por edad y en orden cronológica decreciente por año *.**

Ano	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	15 anos
2017	110.833	116.605	47.345	45.664	36.164	12.441	750
2016	255.401	288.204	224.516	177.346	87.924	38.371	6.269
2015	300.787	622.206	737.635	343.225	196.754	87.013	13.950
2014	14.301	23.886	589.065	967.862	994.210	256.045	4.068
2013	480	18.415	109.378	60.216	41.030	3.225	2.955

***Essa metodologia puede ser utilizada en nível federal, estadual y municipal.**

2. Cobertura vacunal de las niñas que tienen 9 años de edad en 2017=

- dosis aplicadas en las niñas que tienen 9 años en 2017

Ano	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	15 anos
2017	**110.833**	116.605	47.345	45.664	36.164	12.441	750
2016	255.401	288.204	224.516	177.346	87.924	38.371	6.269
2015	300.787	622.206	737.635	343.225	196.754	87.013	13.950
2014	14.301	23.886	589.065	967.862	994.210	256.045	4.068
2013	480	18.415	109.378	60.216	41.030	3.225	2.955
Doses acumuladas	**110.833**	-	-	-	-	-	-

3. Cobertura vacunal de las niñas que tienen 10 años de edad en 2017= suma de las dosis aplicadas en las niñas

- **que fueron vacunadas con 9 años en 2016 +**
- **que tienen 10 años en 2017**

Ano	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	15 anos
2017	**110.833**	**116.605**	47.345	45.664	36.164	12.441	750
2016	**255.401**	288.204	224.516	177.346	87.924	38.371	6.269
2015	300.787	622.206	737.635	343.225	196.754	87.013	13.950
2014	14.301	23.886	589.065	967.862	994.210	256.045	4.068
2013	480	18.415	109.378	60.216	41.030	3.225	2.955
Doses acumuladas	**110.833**	**372.006**	-	-	-	-	-

4. Cobertura vacunal de las niñas que tienen 11 años de edad en 2017= suma de las dosis aplicadas en las niñas

- que fueron vacunadas con 9 años en 2015 +
- que fueron vacunadas con 10 años en 2016 +
- que tienen 11 años en 2017

Ano	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	15 anos
2017	**110.833**	**116.605**	47.345	45.664	36.164	12.441	750
2016	**255.401**	288.204	224.516	177.346	87.924	38.371	6.269
2015	300.787	622.206	737.635	343.225	196.754	87.013	13.950
2014	14.301	23.886	589.065	967.862	994.210	256.045	4.068
2013	480	18.415	109.378	60.216	41.030	3.225	2.955
Doses acumuladas	**110.833**	**372.006**	636.336	-	-	-	-

5. Cobertura vacunal de las niñas que tienen 12 años de edad en 2017= suma de las dosis aplicadas en las niñas

- que fueron vacunadas con 9 años en 2014 +
- que fueron vacunadas con 10 años en 2015 +
- que fueron vacunadas con 11 años en 2016 +
- que tienen 12 años en 2017

Ano	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	15 anos
2017	**110.833**	**116.605**	47.345	45.664	36.164	12.441	750
2016	**255.401**	288.204	224.516	177.346	87.924	38.371	6.269
2015	300.787	622.206	737.635	343.225	196.754	87.013	13.950
2014	14.301	23.886	589.065	967.862	994.210	256.045	4.068
2013	480	18.415	109.378	60.216	41.030	3.225	2.955
Doses acumuladas	**110.833**	**372.006**	636.336	906.687	-	-	-

6. Cobertura vacunal de las niñas que tienen 13 años de edad en 2017= suma de las dosis aplicadas en las niñas

- que fueron vacunadas con 9 años en 2013 +
- que fueron vacunadas con 10 años en 2014 +
- que fueron vacunadas con 11 años en 2015 +
- que fueron vacunadas con 12 años en 2016 +
- que tienen 13 años en 2017

Ano	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	15 anos
2017	**110.833**	**116.605**	47.345	45.664	36.164	12.441	750
2016	**255.401**	288.204	224.516	177.346	87.924	38.371	6.269
2015	300.787	622.206	737.635	343.225	196.754	87.013	13.950
2014	14.301	23.886	589.065	967.862	994.210	256.045	4.068
2013	480	18.415	109.378	60.216	41.030	3.225	2.955
Doses acumuladas	**110.833**	**372.006**	636.336	906.687	975.511	-	-

7. Cobertura vacunal de las niñas que tienen 14 años de edad en 2017= suma de las dosis aplicadas en las niñas

- que fueron vacunadas con 10 años en 2013 +
- que fueron vacunadas con 11 años en 2014 +
- que fueron vacunadas con 12 años en 2015 +
- que fueron vacunadas con 13 años en 2016 +
- que tienen 14 años en 2017

Ano	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	15 anos
2017	110.833	116.605	47.345	45.664	36.164	12.441	750
2016	255.401	288.204	224.516	177.346	87.924	38.371	6.269
2015	300.787	622.206	737.635	343.225	196.754	87.013	13.950
2014	14.301	23.886	589.065	967.862	994.210	256.045	4.068
2013	480	18.415	109.378	60.216	41.030	3.225	2.955
Doses acumuladas	110.833	372.006	636.336	906.687	975.511	1.051.070	-

8. Cobertura vacunal de las niñas que tienen 15 años de edad en 2017= suma de las dosis aplicadas en las niñas

- que fueron vacunadas con 11 años en 2013 +
- que fueron vacunadas con 12 años en 2014 +
- que fueron vacunadas con 13 años en 2015 +
- que fueron vacunadas con 14 años en 2016 +
- que tienen 15 años en 2017

Ano	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	15 anos
2017	110.833	116.605	47.345	45.664	36.164	12.441	750
2016	255.401	288.204	224.516	177.346	87.924	38.371	6.269
2015	300.787	622.206	737.635	343.225	196.754	87.013	13.950
2014	14.301	23.886	589.065	967.862	994.210	256.045	4.068
2013	480	18.415	109.378	60.216	41.030	3.225	2.955
Doses acumuladas	110.833	372.006	636.336	906.687	975.511	1.051.070	1.313.115

9. Calculando las tasas de coberturas vacunales por edad

- Incluir a población de cada edad abajo de la coluna específica

Ano	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	15 anos
2017	110.833	116.605	47.345	45.664	36.164	12.441	750
2016	255.401	288.204	224.516	177.346	87.924	38.371	6.269
2015	300.787	622.206	737.635	343.225	196.754	87.013	13.950
2014	14.301	23.886	589.065	967.862	994.210	256.045	4.068
2013	480	18.415	109.378	60.216	41.030	3.225	2.955
Doses acumuladas	110.833	372.006	636.336	906.687	975.511	1.051.070	1.313.115
População	1.590.611	1.645.204	1.705.705	1.745.525	1.752.494	1.738.274	1.726.191

10. Calculando a tasa de la Cobertura Vacunal

Ano	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	15 anos
2017	110.833	116.605	47.345	45.664	36.164	12.441	750
2016	255.401	288.204	224.516	177.346	87.924	38.371	6.269
2015	300.787	622.206	737.635	343.225	196.754	87.013	13.950
2014	14.301	23.886	589.065	967.862	994.210	256.045	4.068
2013	480	18.415	109.378	60.216	41.030	3.225	2.955
(Dosis *100 / Pop) = CV							
Doses acumuladas	110.833	372.006	636.336	906.687	975.511	1.051.070	1.313.115
População	1.590.611	1.645.204	1.705.705	1.745.525	1.752.494	1.738.274	1.726.191
Cobertura vacinal	7,0	22,6	37,3	51,9	55,7	60,5	76,1

11. Calcular la cantidad de no vacunadas (Residuos)

Ano	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	15 anos
2017	110.833	116.605	47.345	45.664	36.164	12.441	750
2016	255.401	288.204	224.516	177.346	87.924	38.371	6.269
2015	300.787	622.206	737.635	343.225	196.754	87.013	13.950
2014	14.301	23.886	589.065	967.862	994.210	256.045	4.068
2013	480	18.415	109.378	60.216	41.030	3.225	2.955
(Población – Dosis/vacunadas) = No vacunadas/Residuo							
Doses acumuladas	110.833	372.006	636.336	906.687	975.511	1.051.070	1.313.115
População	1.590.611	1.645.204	1.705.705	1.745.525	1.752.494	1.738.274	1.726.191
Não vacinadas	1.479.778	1.273.198	1.069.369	838.838	776.983	687.204	413.076

12. Calculando la CV y residuo acumulado para la cohorte de 9 a 15 años

Ano	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	15 anos	9 a 15 anos
2017	110.833	116.605	47.345	45.664	36.164	12.441	750	-
2016	255.401	288.204	224.516	177.346	87.924	38.371	6.269	-
2015	300.787	622.206	737.635	343.225	196.754	87.013	13.950	-
2014	14.301	23.886	589.065	967.862	994.210	256.045	4.068	-
2013	480	18.415	109.378	60.216	41.030	3.225	2.955	-
Doses acumuladas	110.833	372.006	636.336	906.687	975.511	1.051.070	1.313.115	5.365.558
População	1.590.611	1.645.204	1.705.705	1.745.525	1.752.494	1.738.274	1.726.191	11.904.004
Cobertura vacinal	7,0	22,6	37,3	51,9	55,7	60,5	76,1	45,1
Não vacinadas	1.479.778	1.273.198	1.069.369	838.838	776.983	687.204	413.076	6.538.446

13. Manteniendo el seguimiento de las cohortes con edad superior a 15 años

Niñas de 16 años

Ano	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	15 anos
2017	110.833	116.605	47.345	45.664	36.164	12.441	750
2016	255.401	288.204	224.516	177.346	87.924	38.371	6.269
2015	300.787	622.206	737.635	343.225	196.754	87.013	13.950
2014	14.301	23.886	589.065	967.862	994.210	256.045	4.068
2013	480	18.415	109.378	60.216	41.030	3.225	2.955
Doses acumuladas	110.833	372.006	636.336	906.687	975.511	1.051.070	1.313.115

14. Manteniendo el seguimiento de las cohortes con edad superior a 15 años

Niñas de 17 años

Ano	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	15 anos
2017	110.833	116.605	47.345	45.664	36.164	12.441	750
2016	255.401	288.204	224.516	177.346	87.924	38.371	6.269
2015	300.787	622.206	737.635	343.225	196.754	87.013	13.950
2014	14.301	23.886	589.065	967.862	994.210	256.045	4.068
2013	480	18.415	109.378	60.216	41.030	3.225	2.955
Doses acumuladas	110.833	372.006	636.336	906.687	975.511	1.051.070	1.313.115

15. Manteniendo el seguimiento de las cohortes con edad superior a 15 años

Niñas de 18 años

Ano	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	15 anos
2017	110.833	116.605	47.345	45.664	36.164	12.441	750
2016	255.401	288.204	224.516	177.346	87.924	38.371	6.269
2015	300.787	622.206	737.635	343.225	196.754	87.013	13.950
2014	14.301	23.886	589.065	967.862	994.210	256.045	4.068
2013	480	18.415	109.378	60.216	41.030	3.225	2.955
Doses acumuladas	110.833	372.006	636.336	906.687	975.511	1.051.070	1.313.115

16. Manteniendo el seguimiento de las cohortes con edad superior a 15 años

Niñas de 19 años

Ano	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	15 anos
2017	110.833	116.605	47.345	45.664	36.164	12.441	750
2016	255.401	288.204	224.516	177.346	87.924	38.371	6.269
2015	300.787	622.206	737.635	343.225	196.754	87.013	13.950
2014	14.301	23.886	589.065	967.862	994.210	256.045	4.068
2013	480	18.415	109.378	60.216	41.030	3.225	2.955
Doses acumuladas	110.833	372.006	636.336	906.687	975.511	1.051.070	1.313.115

17. Manteniendo el seguimiento de las cohortes con edad 16 a 19 años

Ano	12 anos	13 anos	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos	19 anos
2017					801	829	562	562
2016				6.269	1.276	964	964	
2015			87.013	13.950	1.974	1.442		
2014		994.210	256.045	4.068	1.989			
2013	60.216	41.030	3.225	2.955				
Doses acumuladas					1.148.509	313.130	10.793	7.912
População					1.710.797	1.703.022	1.710.345	1.726.691
Cobertura vacinal					67,1	18,4	0,6	0,5
Não vacinadas					562.288	1.389.892	1.699.552	1.718.779

COBERTURAS VACUNALES

Vacuna VPH

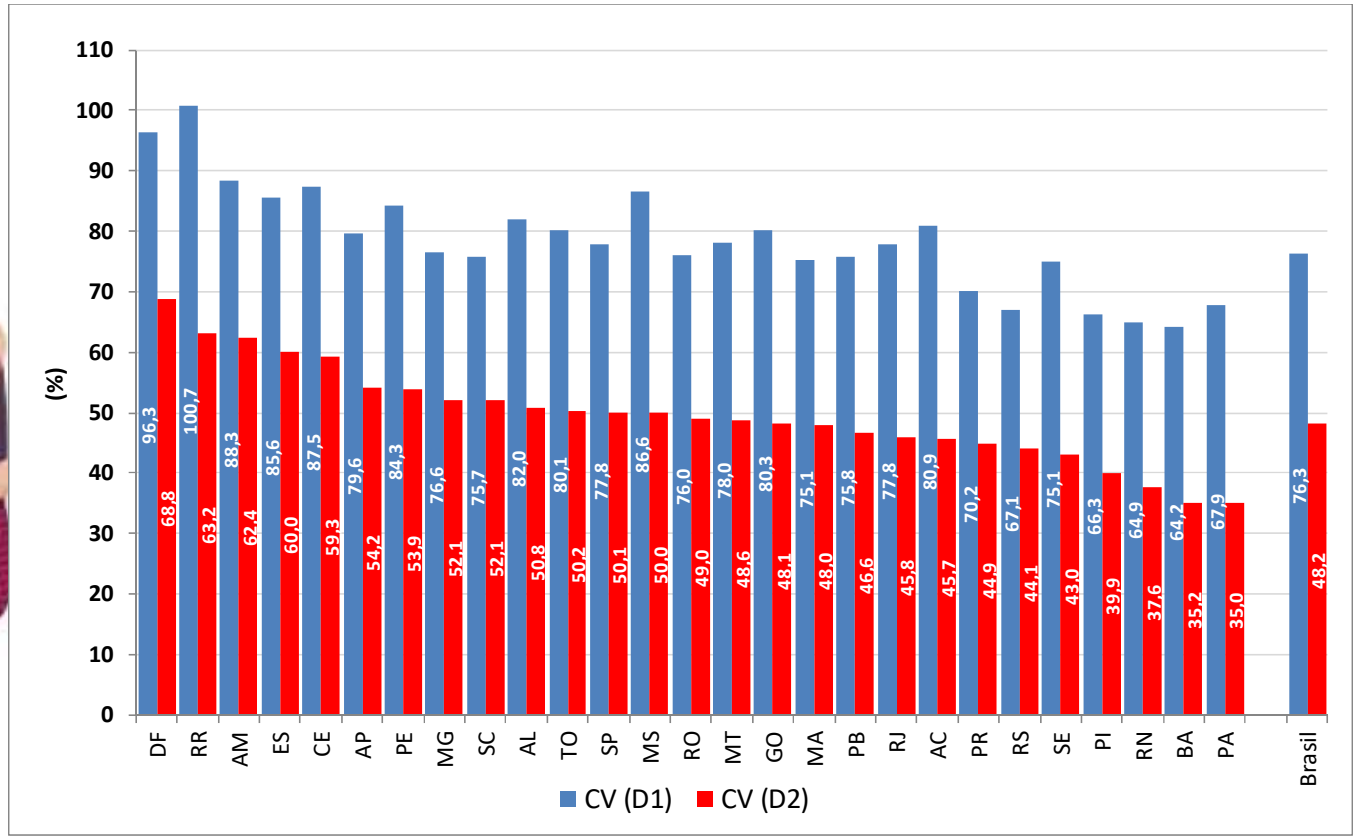
Meta del Ministerio de la Salud es alcanzar 80% de niñas y niños

Coberturas vacunales acumuladas– Brasil	
Grupo de edad	Niñas
9 a 15 años (Dosis 1)	76,3%
9 a 15 años (Dosis 2)	48,1%

Coberturas vacunales acumuladas – Brasil	
Grupo de edad	Niños
12 años	31,2%
13 años	25,4%
12 e 13 años (Dosis 1)	28,3%

Fonte: Sistema de Informação do PNI/SIPNI/CGPNI/DEVIT/SVS/MS – dados obtidos em 02/06/2017
Nota: Dados parciais de 2017 referentes ao período de janeiro a junho, sujeitos a alterações.

Cobertura vacunal de niñas (9 a 15 años), de 2014 a agosto de 2017, es de 48,2% (5,7 millones)

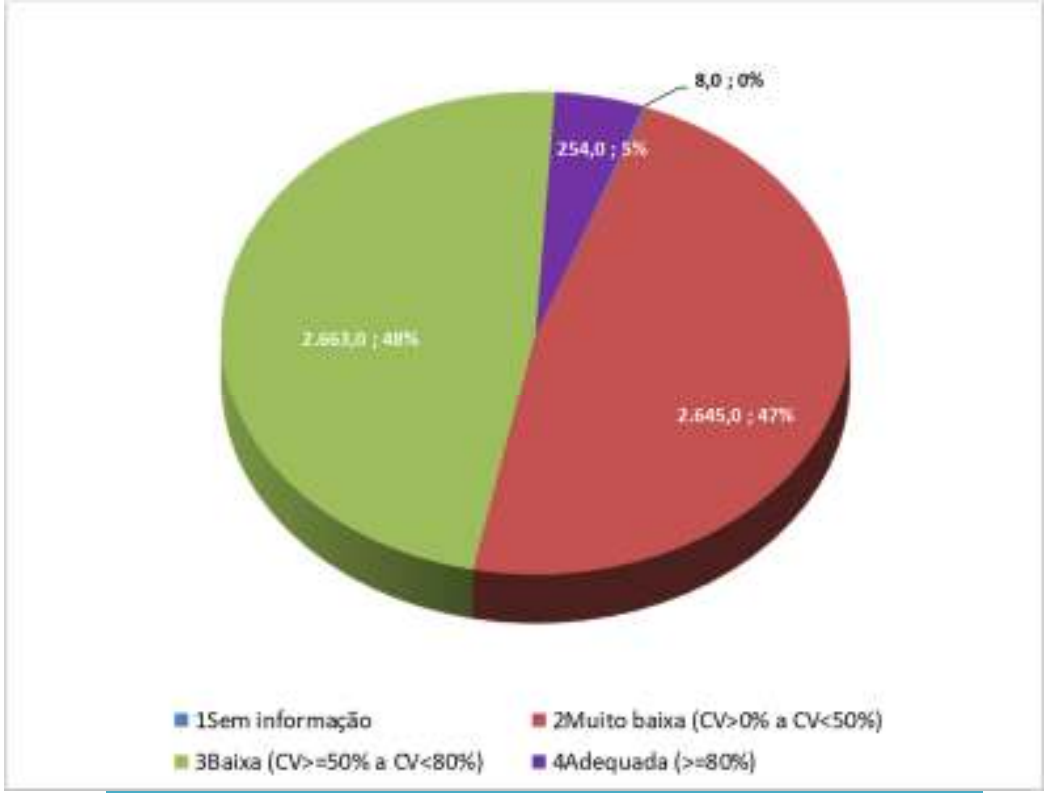


Cobertura vacinal (Dose 1) Cobertura vacinal (Dose 2)

Fonte: Sistema de Informação do PNI/SIPNI/CGPNI/DEVIT/SVS/MS – dados obtidos em 02/06/2017
Nota: Dados parciais de 2017 referentes ao período de janeiro a junho, sujeitos a alterações.

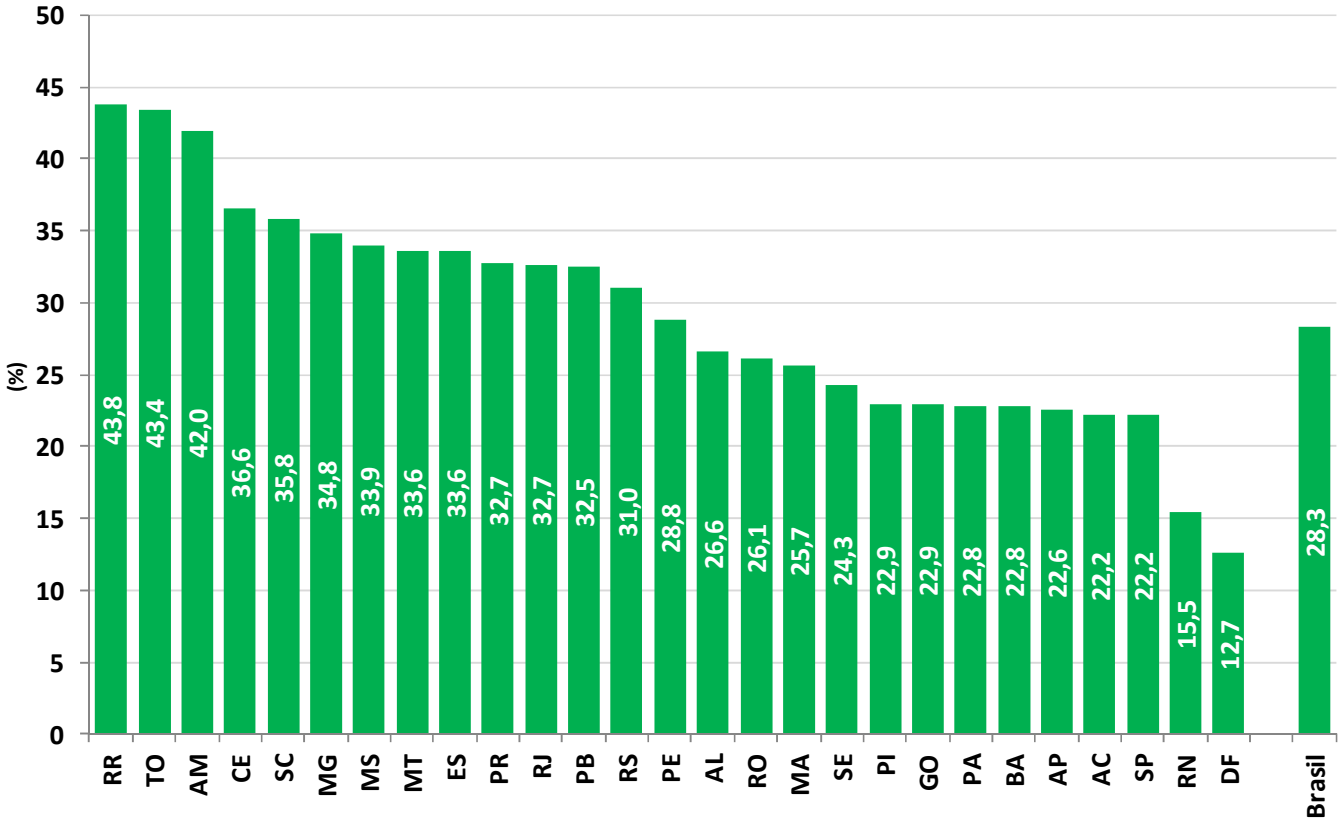
SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL

Mitad de los municípios está con baja cobertura de la segunda dosis, en niñas de 9 a 15 años



Fonte: Sistema de Informação do PNI/SIPNI/CGPNI/DEVIT/SVS/MS – dados obtidos em 02/06/2017
Nota: Dados parciais de 2017 referentes ao período de janeiro a junho, sujeitos a alterações.

Proporción de cobertura vacunal con segunda dosis en niños de 12 y 13 años por Estado/Brasil-2017



Fonte: Sistema de Informação do PNI/SIPNI/CGPNI/DEVIT/SVS/MS – dados obtidos em 02/06/2017
Nota: Dados parciais de 2017 referentes ao período de janeiro a junho, sujeitos a alterações.

SUS Ministério da Saúde Governo Federal

Vacune el adolescente

En el futuro él va a agradecer .

Gracias

Buenas prácticas para la captación de la población a vacunar con VPH

ESTRATEGIA NACIONAL DE INMUNIZACIONES
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA - ECUADOR

Antigua- Guatemala Octubre 24 a 27 de 2017

Ministerio de Salud Pública

Contenido

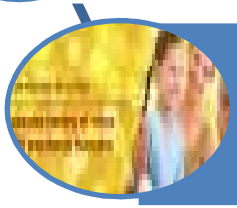
Compartir la experiencia y lecciones aprendidas en la introducción y seguimiento de la vacunación VPH en Ecuador

1. Contexto de la Introducción
2. Cronología de la Introducción
3. Estrategias de captación de niñas de 9 años /calendario escolar
4. Estrategia de seguimiento y resultados del Cut-Chap 9,10 y 11 años
5. Vacunación y seguimiento de cohortes de niñas de 9 años
6. Lecciones Aprendidas
7. Limitaciones
8. Desafíos

Ministerio de Salud Pública

Contexto de la Introducción

1.- Estudios de carga de enfermedad realizados en 2013 evidenciaron que el cáncer cérvico uterino constituía la 2da causa de muerte en mujeres en Ecuador



2.- Estudio de costo efectividad realizado en Ecuador con apoyo ProVac –OPS demostró que la vacunación con VPH constituía una intervención altamente costo efectiva

3.- la tasa neta de matrícula de educación general básica en niñas de 5 a 14 años en Ecuador de 96,1% por lo que población objetivo de vacunación (9 años) mayormente concentrada en escuelas. 4 % de esta población generalmente dispersa en zonas rurales. (INEC)

4. Situación en Colombia y Rumores sobre seguridad de la vacuna generaban desconfianza más a nivel de personal sanitario que de la comunidad.

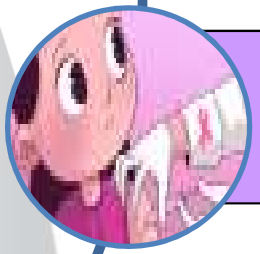
5. Reforma y reestructuración del sistema de salud que reasigna las competencias del PAI a otras direcciones y lo convierte en una estrategia

Ministerio de Salud Pública

Cronología de la Introducción

1.- **Introducción de la vacuna VPH en febrero del 2014**, con estrategia de cut-chap en las cohortes de niñas de 9, 10 y 11 años de edad.

2.- **Lineamientos técnicos y operativos elaborados en 2013**, con estrategia de CUT-CHAP de 3 cohortes con esquema de tres dosis a intervalos de 0, 1 y 6 meses entre dosis.



3.- **Lineamientos de Programa regular para niñas de 9 años** con esquema extendido de dos dosis y seguimiento de cohorte anual **febrero de 2015.**

4.- Lineamientos de **campaña de puesta al día**: Búsqueda para aplicación de segundas dosis en niñas de 10, 11 , 12 y 13 años con más de seis meses de la primera dosis. **(Febrero de 2016).**

Ministerio de Salud Pública

ESTRATEGIA DE CAPTACION ESCOLAR

CICLO DE APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACION CON VACUNA CONTRA EL VPH EN ECUADOR

	VENTANA DE APLICACIÓN										VACACIONES	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
CICLO SIERRA	sep	oct	nov	dic	ene	feb	mar	abril	may	jun	jul	ago
	Primera dosis		INTERVALO ENTRE DOSIS						Segunda Dosis			

	VENTANA DE APLICACIÓN										VACACIONES	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
CICLO COSTA	abril	mayo	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	ene	feb	mar
	Primera dosis		INTERVALO ENTRE DOSIS						Segunda Dosis			

Ministerio de Salud Pública

Estrategias de Captación

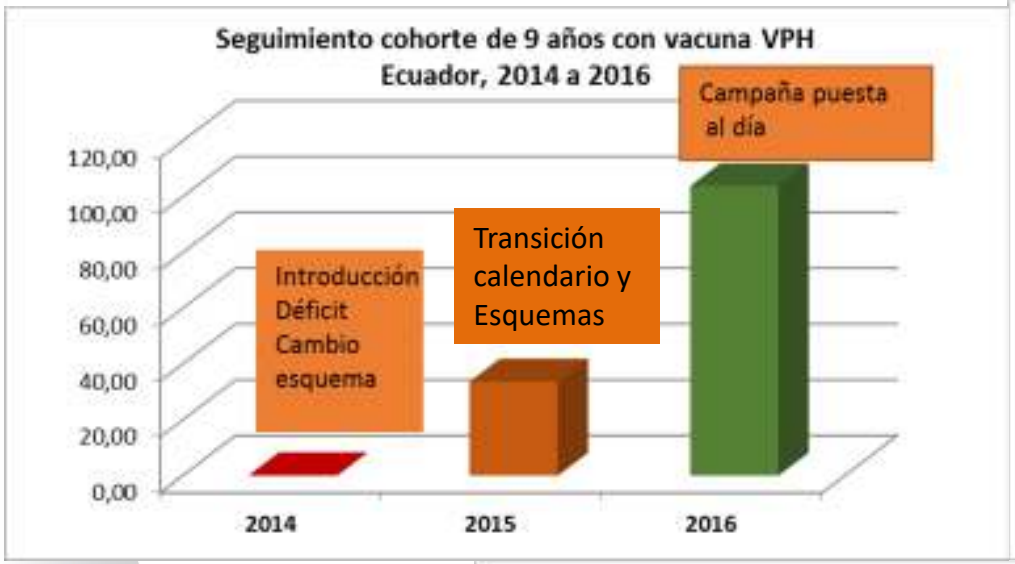
1. No se realizó un programa masivo de comunicación para captar a las niñas ya que el 95% de ellas se encuentran en escuelas o colegios.

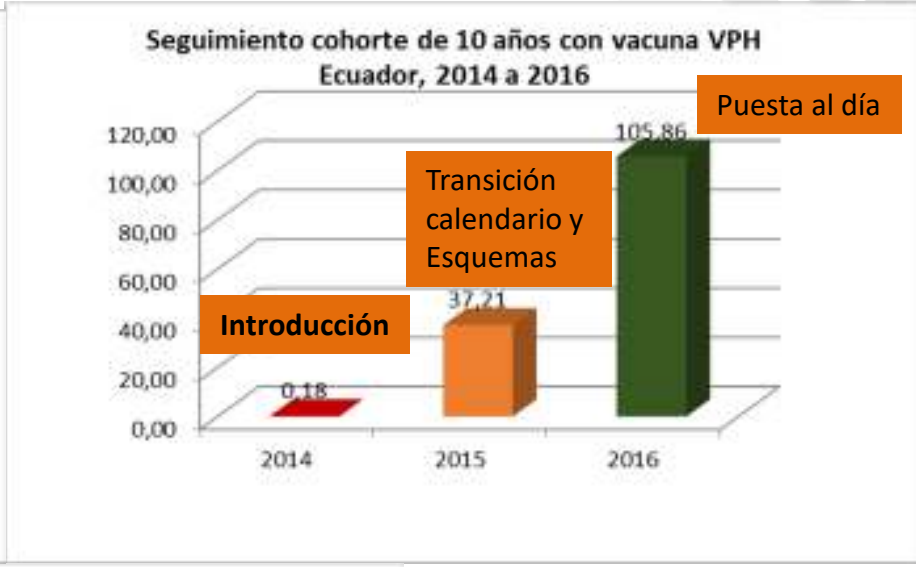
2. No se realizó una campaña masiva de vacunación considerando que se trataba de niñas que iniciaban su adolescencia (9 a 11 años).

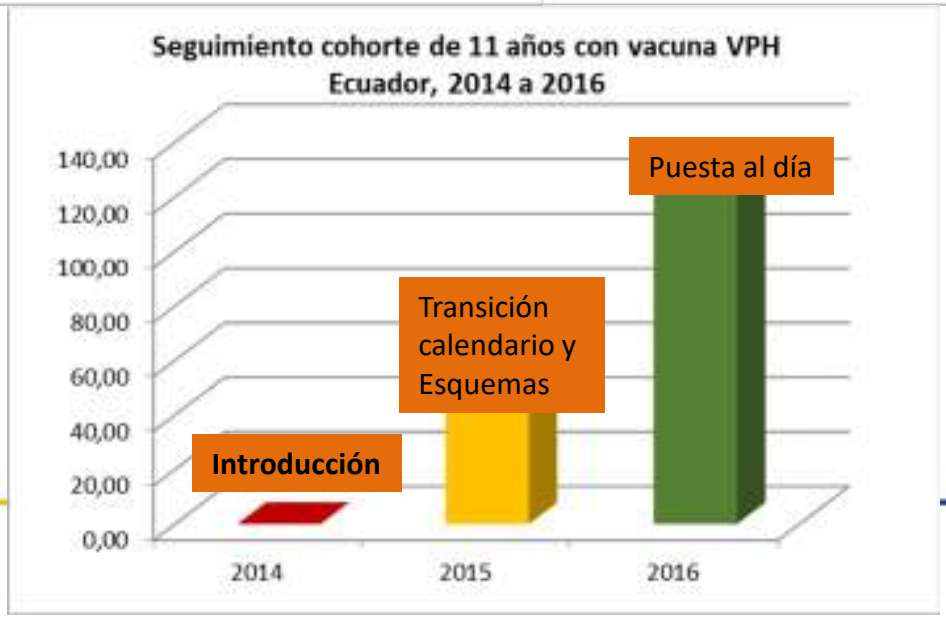
3. Coordinación con el Ministerio de Educación en todos los niveles.
4. Capacitación al personal de salud de todos los niveles en lineamientos de vacunación con VPH con tres dosis.

5. Planificación de la vacunación en escuelas según dos calendarios escolares.
6. Búsqueda de población no escolarizada en campaña.
7. Seguimiento de cada cohorte por 2 años

Ministerio de Salud Pública

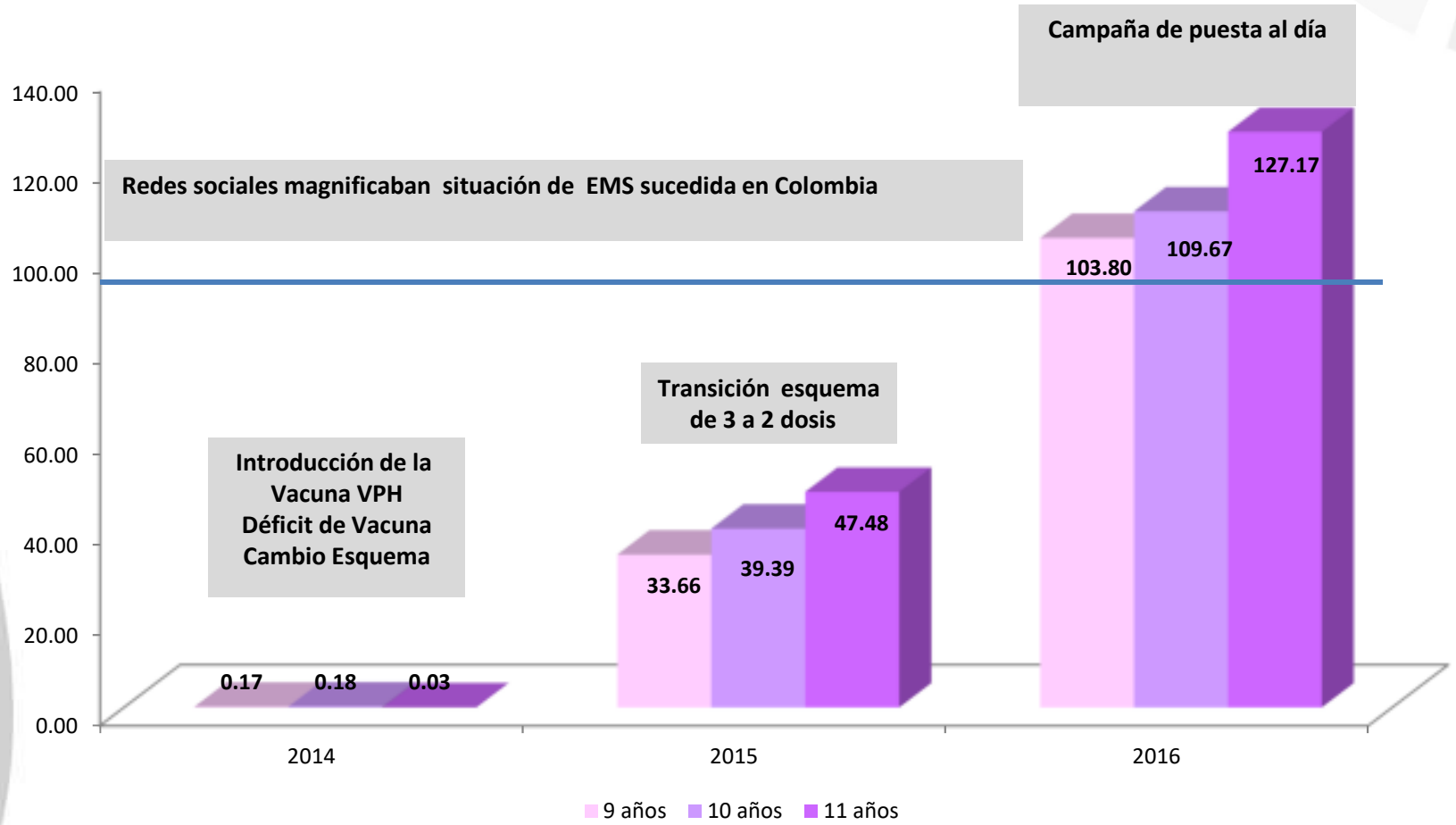






Ministerio de Salud Pública

CUT-CHAP Seguimiento cohortes de 9, 10 y 11 años con vacuna VPH, Ecuador, 2014



Fuente: MSP / DNEAIS

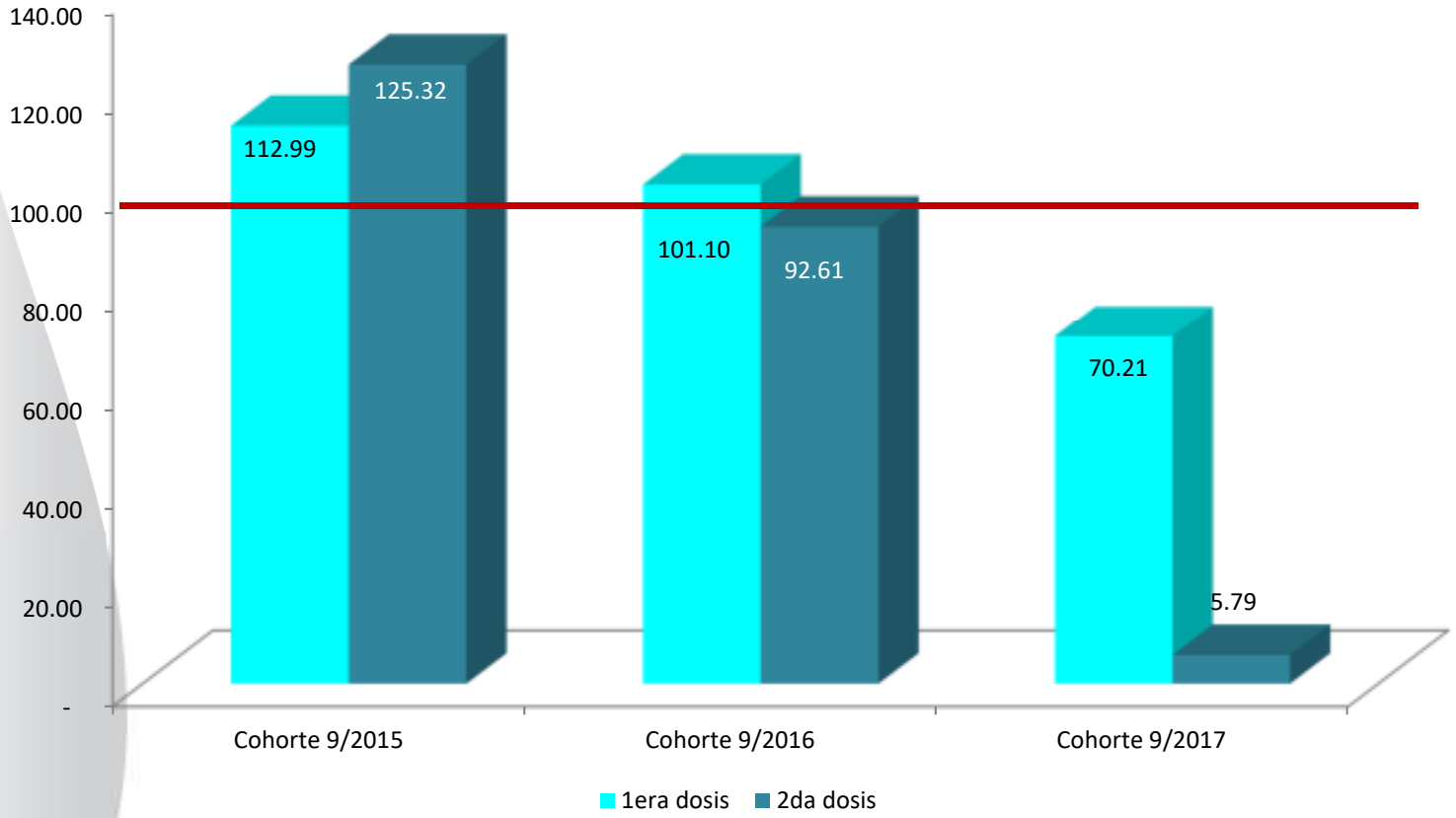
Programa Regular en Seguimiento cohorte de 9 años con vacuna VPH, Ecuador, 2015, 2016 y 2017

Periodo	Seguimiento de cohorte niñas de 9 años del 2015		Seguimiento de cohorte niñas de 9 años del 2016		Seguimiento de cohorte niñas de 9 años del 2017	
	1era dosis	2da dosis	1era dosis	2da dosis	1era dosis	2da dosis
2015	184,795	29,264				
2016		175,703	166,038	38,168		
2017				113,917	115,856	9,550
TOTAL	**184,795**	**204,967**	**166,038**	**152,085**	**115,856**	**9,550**
Población	**163,556**		**164,225**		**165,006**	
Cobertura	**112.99**	**125.32**	**101.10**	**92.61**	**70.21**	**5.79**

Fuente: MSP / DNEAIS

Ministerio de Salud Pública

Programa Regular en Seguimiento cohorte de 9 años con vacuna VPH, Ecuador, 2015, 2016 y 2017



Vacunación en Escuelas según calendario escolar

Búsqueda de población no escolarizada

Coordinación con el Ministerio de Educación

Seguimiento de Cohorte por 2 años

Fuente: MSP / DNEAIS

Limitaciones afrontadas

- No se ha implementado el registro nominal de vacunación en Ecuador
- La vacunación inició con un esquema de 3 dosis y no hubo disponibilidad de vacuna para completar ese esquema en 2014.
- Realizar un cambio de esquema de 3 dosis a 2 dosis en medio de la introducción y sus implicaciones.
- Problema calcular coberturas y realizar seguimiento de niñas conforme al esquema de vacunación iniciado (de 3 o de 2 dosis).
- Temor del personal de salud de alto nivel sobre seguridad de la vacuna por lo cual ante cada cambio se debe sustentar la decisión de mantener la vacuna en el esquema.

Desafíos

- Implementar el registro nominal de vacunación para un mejor seguimiento de cohortes
- Evaluar el impacto de la introducción de la vacuna usando metodología de corto y mediano plazo recomendado por TAG en 2013
- Calcular las coberturas para cada cantón de acuerdo a la metodología que se establezca como más confiable.
- Superar el temor existente sobre seguridad de la vacuna que mantienen los movimientos anti vacunas a través de las redes sociales

Ministerio de Salud Pública

Principales Lecciones Aprendidas

1. Elaborar los lineamientos nacionales de vacunación que sean necesarios con el fin de lograr que la población objetivo reciba el beneficio de la vacunación.
   - **Lineamiento de introducción.**
   - **Lineamiento de transición de 3 dosis a 2 dosis.**
   - **Lineamiento de campaña puesta al día.**

2. La coordinación previa al inicio de la vacunación cada año con el Ministerio de Educación en todos los niveles fue necesaria.

3. La cobertura completa de vacunación de cada cohorte de edad (9 años) solo se obtuvo con dos años de seguimiento.

4. Fue necesario apelar al enfoque de Derecho a la Salud de la Constitución Ecuatoriana, al RSI, y a la Ley de Vacunas (COS) para que no se implementara el consentimiento informado de la vacunación con VPH, porque creaba precedentes para el resto del esquema.

5. La baja cobertura de acceso del programa de detección de Cáncer Cérvico Uterino en Ecuador será una limitante mayor en la medición del impacto de la vacuna por lo que simultáneamente debe fortalecerse este programa.

6. La comunicación fue dirigida a dos públicos:
   1. Trabajadores de Salud sobre la seguridad de la vacuna,
   2. Información a los padres de familia sobre los beneficios de la vacuna a los 9 años.

Ministerio de Salud Pública

Abordajes para la evaluación del impacto de la vacuna de VPH

La Antigua Guatemala,

24 de Octubre 2017

Nathalie El Omeiri,
ProVac Initiative,
Comprehensive Family Immunization

Pan American Health Organization

World Health Organization
Americas

CONTENIDO

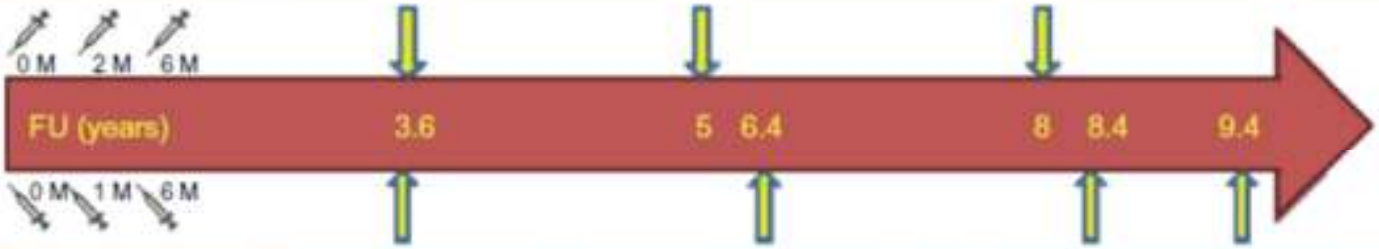
- Efectos de las vacunas: definiciones
- Por que medir el impacto de la vacuna?
- Métodos mas communes y retos específicos de VPH
- Hallazgos publicados sobre el impacto de la vacuna de VPH
- Conclusiones y siguientes pasos

EFECTOS DIRECTOS - *EFICACIA*

- Desempeño de la vacuna en condiciones ideales y controladas (ensayos clinicos)
  - ✓ capacidad para inducir respuesta immune
  - ✓ persistencia de la inmunidad
- Sujetos con mismo riesgo de enfermedad/infección
- % reducción en la incidencia de la enfermedad en un grupo vacunado comparado con un grupo no vacunado ((1-RR) x 100%)
- Confirmación etiologica
- Excluye sujetos de alto riesgo

EFICACIA DE LA VACUNA DE VPH

qHPV	FUTURE I and II (Garland et al[8], FUTURE II Study Group[9])	HPV–P 007 (Villa et al[28])	Nordic study P015 (Nygård et al[29])
Young women	16–26 years	16–23 years	16–23 years
Efficacy against HPV-6/11/16/18 CIN2 + related	100% (95% CI: 94–100)	100% (95% CI: 12–100)	100% (NA)



bHPV	HPV 001 (Harper et al[39])	HPV 007 (Romanowski et al[40])	HPV 023 (Roteli-Martins et al[41])	Extension HPV 023 (Naud et al[42])
Young women	15–25 years	15–25 years	15–25 years	15–25 years
Efficacy against HPV-16/18 CIN 2 ± related	NA Cytological abnormalities 93.5% (95% CI: 51.3–99.1)	100% (95% CI: 51.3–100)	100% (95% CI: 0–100)	100% (95% CI: 0–100)

EFECTOS DIRECTOS - *EFECTIVIDAD*

- Desempeño de la vacuna en el mundo real
  - Respuesta immune, exposicion previa al virus, aspectos programaticos (interval entre dosis, numero de dosis, cadena de frio…).
- Compara % enfermedad en vacunados y no vacunado expuestos al mismo programa de vacunación
- Tipicamente estudios observacionales
- Requiere datos individuales sobre vacunación, enfermedad y factores potencialmente asosiados a ellos.

Effectiveness of quadrivalent human papillomavirus vaccine for the prevention of cervical abnormalities: case-control study nested within a population based screening programme in Australia

OPEN ACCESS

Elizabeth Crowe *public health physician*[1,2], Nirmala Pandeya *biostatistician*[1], Julia M L Brotherton *public health physician and medical epidemiologist*[3], Annette J Dobson *biostatistician*[1], Stephen Kisely *public health physician*[4], Stephen B Lambert *public health physician*[5,6], David C Whiteman *cancer epidemiologist*[1,7]

- Efectividad de la vacuna cuadrivalente en prevenir displasia cervical 4 años tras la introducción de la vacuna al esquema en Australia, en niñas de 12-26 años.
  - Casos y controles – datos administrativos de salud y registros de vacunación. EV=1-OR_{vac}
  - EV de 46% contra lesiones precancer de alto grado confirmadas por histología comparados con citología normal.
  - Efectividad de vacunación parcial: 21%.

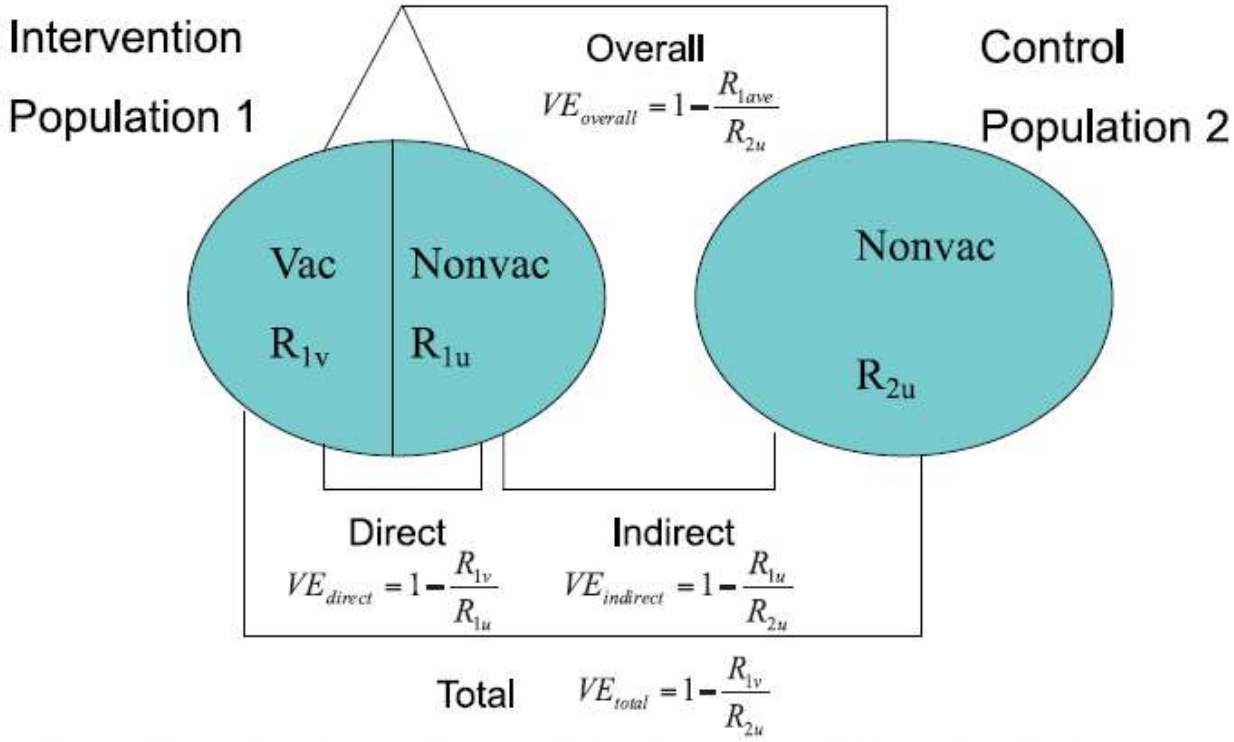
EFECTOS INDIRECTOS, TOTALES e IMPACTO

- Efecto indirecto: proteccion en los no vacunados de una poblacion con programa de vacunación (efecto rebaño).

- Efecto total: efecto de la vacuna en la persona vacunada + el efecto de estar en una poblacion con programa.

- Los efectos totales e indirectos contribuyen al impacto global del programa en una poblacion (zuma ponderada de los efectos): fraccion prevenida en la poblacion.
- Depende de la EV, de las coberturas, del efecto rebaño….

EFECTOS DE LAS VACUNAS



*R*1v: rate in vaccinated group from population 1
*R*1u: rate in unvaccinated group from population 1
*R*2u: rate in (unvaccinated) from population 2
*R*1ave: average rate in population 1 (vaccinated and unvaccinated combined)

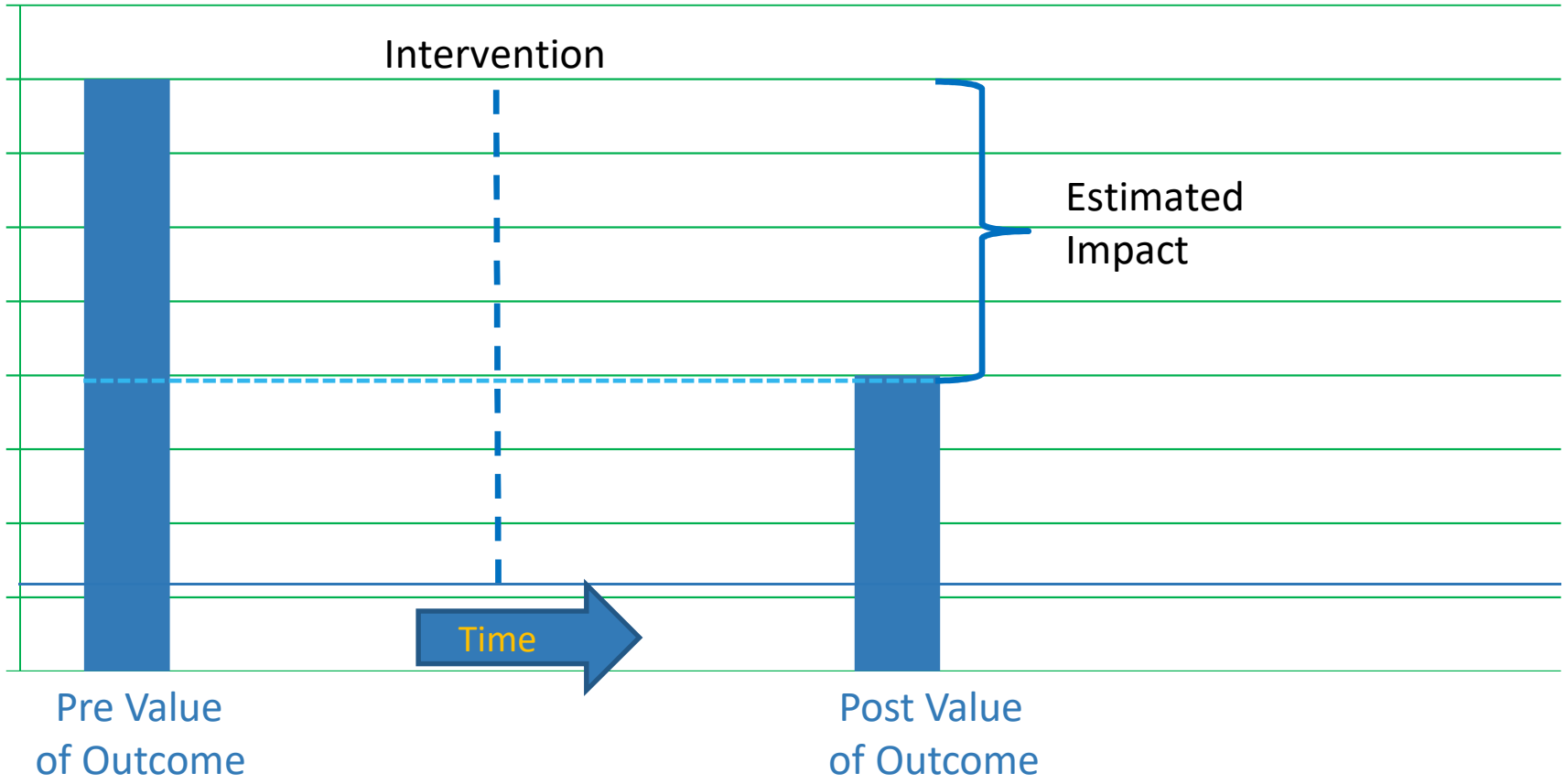
VE: vaccine effectiveness
Vac: vaccinated group
Nonvac: unvaccinated group

Fig. 1. Type of vaccine effects, adapted from Halloran and Struchiner, Epidemiology 1991 [11].

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE VACUNACION

Estimated by comparing the population *with vaccination* program to a reference population *without program*

- Comparison of pre- and post-vaccination population.
  - ✓ The two populations are separated by time, and disease occurrence is compared between the pre- and post vaccination periods.



IMPACTO – medición

- Expresado como reduccion en la carga de enfermedad comparando incidencia en la misma poblacion en la fase pre-vacunación y post-vacunación:

$$\text{IMPACT} = \frac{IR_{\text{pre-vaccine}} - IR_{\text{post-vaccine}}}{IR_{\text{pre-vaccine}}} = 1 - IRR$$

IR: incidence rate, IRR: incidence rate ratio

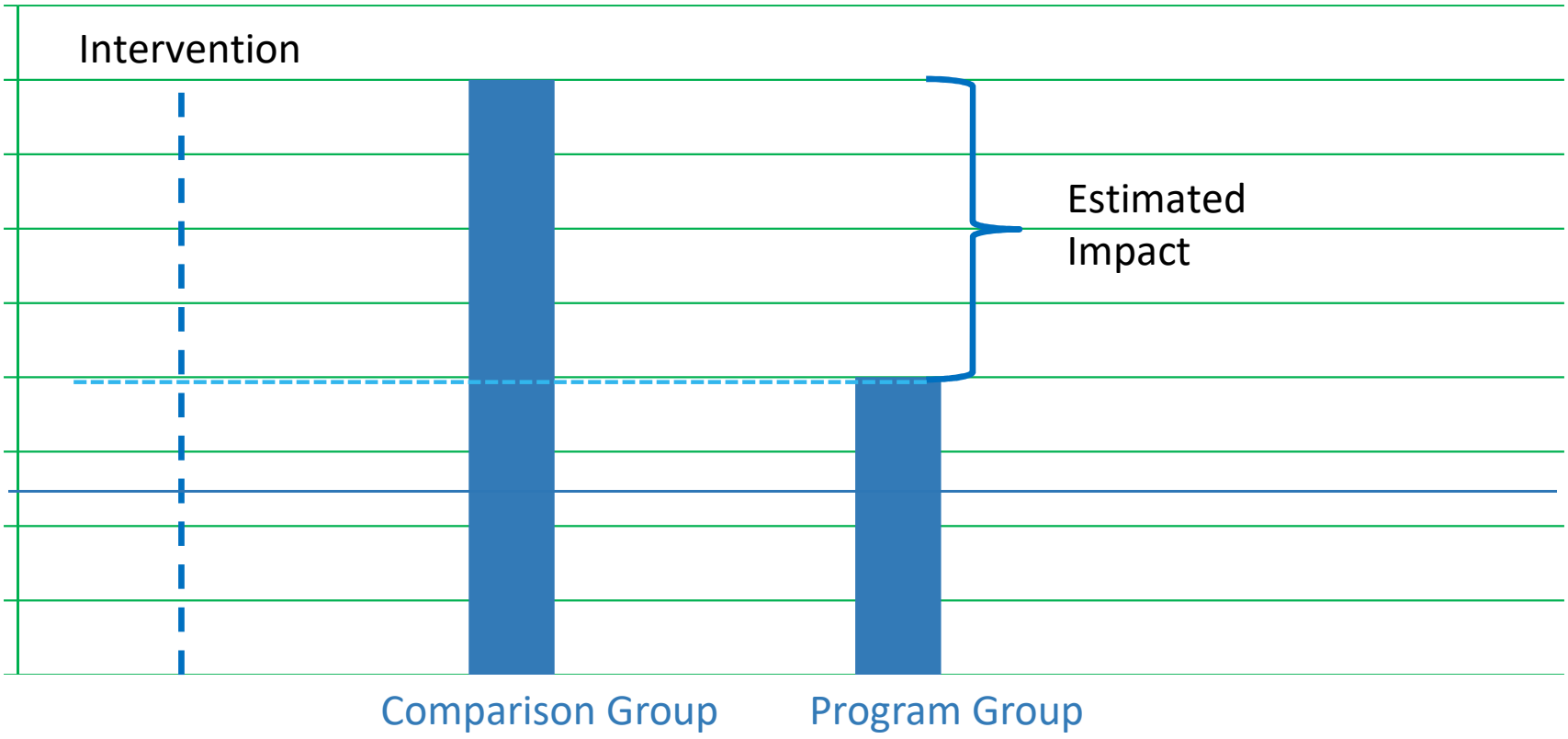
- Algunos estudios estiman el impacto comparando cambios en la prevalencia del desenlace (por ej. Virus), proporcion de muestras positivas para la enfermedad, utilizacion de Sistema de salud, o edad mediana al momento de infeccion antes y despues del programa.

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE VACUNACION

Estimated by comparing the population *with vaccination* program to a reference population *without program*

Cluster randomized vaccination trials are based on comparable social units called clusters.

- ✓ Randomization at cluster level, all participants of a cluster are invited to be vaccinated. Disease is compared between placebo and vaccine clusters.
- ✓ In stepped wedge design, vaccination is rolled-out sequentially over a number of time periods. It allows to determine sequentially the impact of the program.



Supuestos de los estudios de impacto

1. Poblaciones completamente separadas en todos los aspectos asociados a la transmission del patogeno.

2. Las poblaciones son similares en todos los factores relevantes excepto la exposicion y la enfermedad.

En estudios pre /post-vacunación → los factores son constantes en el tiempo.

Supuestos de los estudios de impacto

- Las poblaciones no interactuan.
  - Facil en los estudios pre/post

- Ambas poblaciones tienen lineas de bases de la enfermedad similares.
  - Variaciones naturales en la enfermedad (tendencias temporales, variaciones entre años).
  - Cambios potenciales debe ser evaluados en base a un numero suficiente de años antes de la vacunación.

- La deteccion de casos y la sensibilidad del reporte de casos es similar en ambas poblaciones
  - Ambos suelen aumentar en la fase post-vacunación cuando la introduccion de la vacuna aumenta la sensibilidad sobre la enfermedad, las pruebas, y el reporte de casos.

Supuestos de los estudios de impacto

- Las caracteristicas de las poblaciones son similares en ambos grupos
  - Factores que pueden variar entre pre/post vacunación son crecimineto poblacional, inmigracion, cambios en la distribucion de edad debido a envejecimiento poblacional, y cambios en los factores de riesgo para la enfermedad.

- No existen cambios en las practicas medicas o intervenciones relacionadas
  - Dependiendo de la vacuna, possible sesgos pueden incluir un cambio en el uso de antibioticos, hygiene de hospitals, vacunación contra co-infecciones y otros cambios en la atencion de salud.

Por que medir el impacto de la vacuna de VPH?

- Diferentes esquemas, vacunas, estrategias, grupos blanco, coberturas, sistemas de salud, prevalencia de tipos de virus etc.

- Efecto de la introduccion sobre la incidencia/prevalencia de la enfermedad a nivel de la poblacion.
  - ✓ Efecto rebaño en poblaciones no vacunadas
  - ✓ Proteccion cruzada
  - ✓ Cambios en la epidemiologia de VPH (poblaciones afectadas, reemplazo de virus etc.)
  - ✓ Duración de la proteccion

- Guiar las politicas y medidas de prevencion:
  - ✓ Estrategias de vacunación (catch-up, grupos blanco)
  - ✓ Otras (ej. Screening)
- Mas factible y menos costoso

Que desenlaces estudiar para medir el impacto?

La mayoria de los desenlaces que pretende prevenir la vacuna ocurren decadas tras la infeccion.

Desenlaces intermedios:

- ✓ Infecciones asociadas a vacuna VPH,
- ✓ Condylomas,
- ✓ Pre-canceres (cervicales, vaginales, anales…)
- ✓ Canceres

P.J. Maver, M. Poljak / Vaccine xxx (2017) xxx–xxx

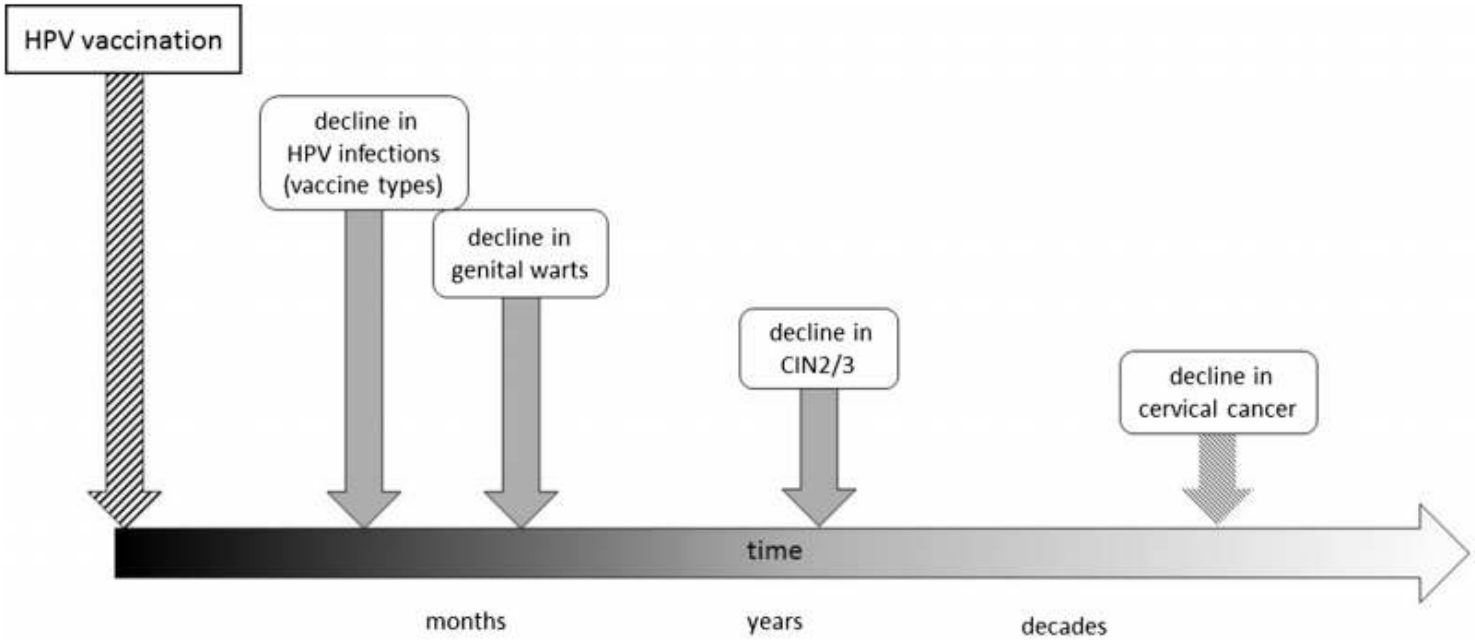
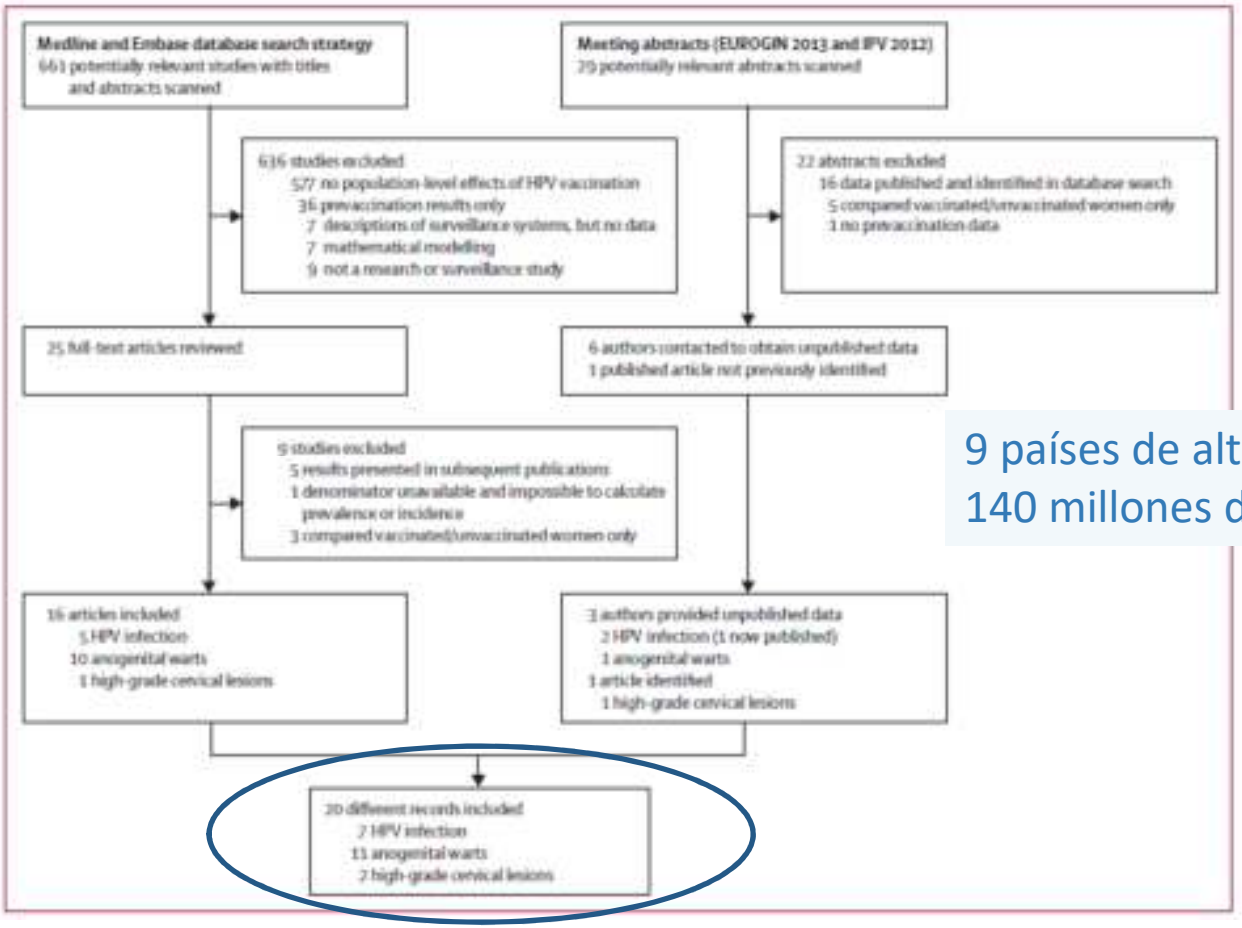


Fig. 1. Timeline of expected population-based vaccine impact on different endpoints.

Population-level impact and herd effects following human papillomavirus vaccination programmes: a systematic review and meta-analysis

Mélanie Drolet, Élodie Bénard, Marie-Claude Boily, Hammad Ali, Louise Baandrup, Heidi Bauer, Simon Beddows, Jacques Brisson, Julia M L Brotherton, Teresa Cummings, Basil Donovan, Christopher K Fairley, Elaine W Flagg, Anne M Johnson, Jessica A Kahn, Kimberley Kavanagh, Susanne K Kjaer, Erich V Kliewer, Philippe Lemieux-Mellouki, Lauri Markowitz, Aminata Mboup, David Mesher, Linda Niccolai, Jeannie Oliphant , Kevin G Pollock, Kate Soldan, Pam Sonnenberg, Sepehr N Tabrizi, Clare Tanton, Marc Brisson**



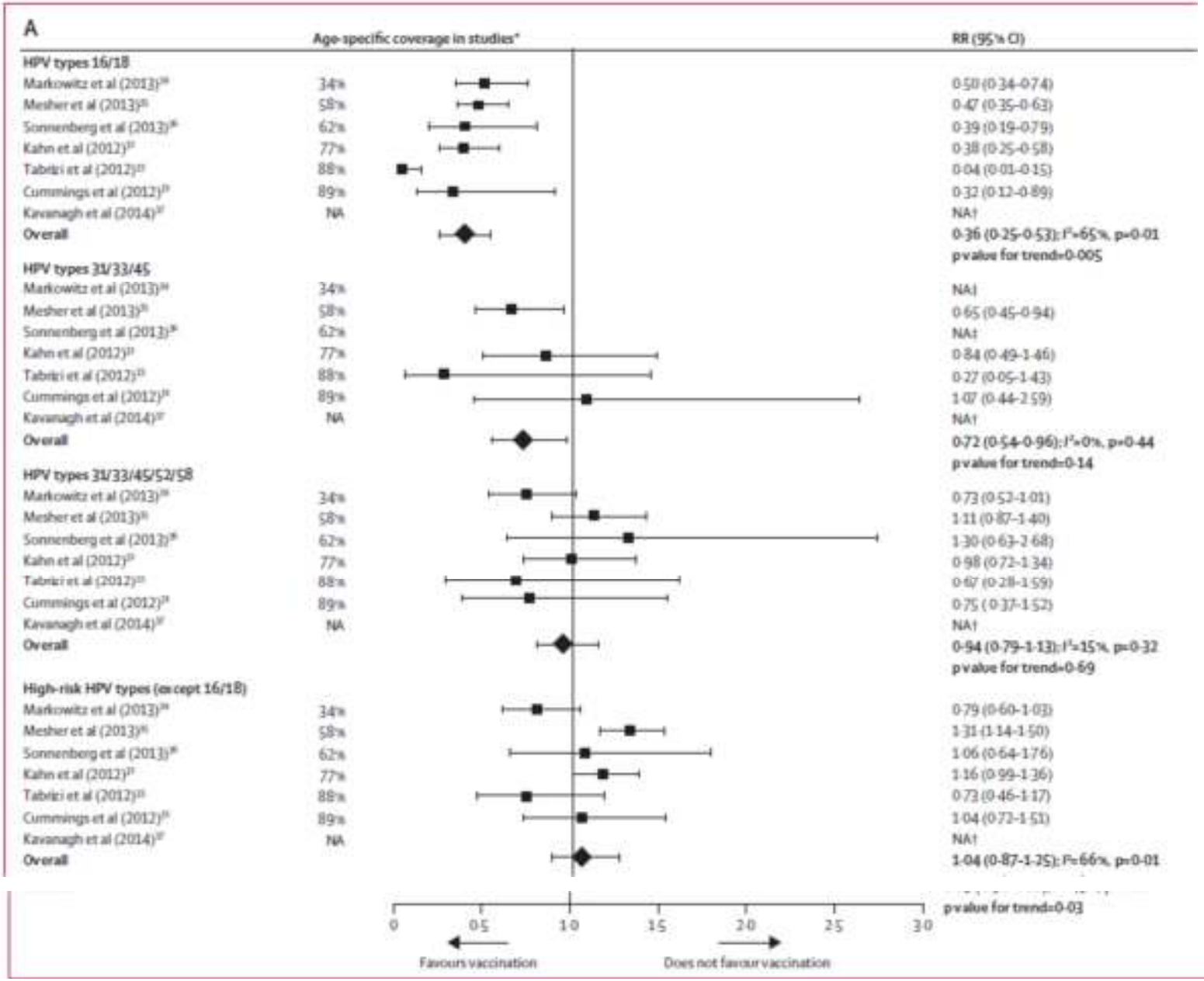
9 países de alto ingreso,
140 millones de personas-años)

	Vaccine used	Data source*	Study population	Population used in meta-analysis	Data collection dates†	Sample size used in meta-analysis‡	Case definition	Effect measure in publication	Effect measure recalculated§
HPV infection									
Cummings et al, 2012 (USA)[31]	Quadrivalent	Clinic based	Girls aged 14–17 years attending one of three urban primary care clinics in Indianapolis (IN, USA)	Girls aged 14–17 years	Pre-vaccine: 1999–2005; post-vaccine: 2010	Pre-vaccine: n=150; post-vaccine: n=75	HPV+ Roche Linear Array (Roche Diagnostics, Indianapolis, IN, USA; 37 types)	OR of HPV prevalence (crude)	RR of HPV prevalence (crude)
Kahn et al, 2012 (USA)[32]	Quadrivalent	Clinic based	Girls and women aged 13–26 years attending one hospital-based adolescent clinic and one community health centre in Cincinnati (OH, USA)	Girls and women aged 13–24 years who had had sexual contact	Pre-vaccine: 2006–07; post-vaccine: 2009–10	Pre-vaccine: n=336; post-vaccine: n=383	HPV+ Roche Linear Array (Roche Molecular Systems, Alameda, CA, USA; 37 types)	HPV prevalence difference (adjusted)	RR of HPV prevalence (adjusted)
Tabrizi et al, 2012 (Australia)[33]	Quadrivalent	Clinic based	Women aged 18–24 years attending one of six family planning clinics in Sydney, Melbourne, and Perth (Australia)	Women aged 18–24 years	Pre-vaccine: 2005–07; post-vaccine: 2010–11	Pre-vaccine: n=202; post-vaccine: n=1058	HPV+ Roche Linear Array (Roche Molecular Systems; 13 types)	OR of HPV prevalence (adjusted)	RR of HPV prevalence (adjusted)
Markowitz et al, 2013 (USA)[34]	Quadrivalent	Population based: NHANES study participants	Nationally representative sample of US girls and women aged 14–59 years	Girls and women aged 14–24 years	Pre-vaccine: 2003–06; post-vaccine: 2007–10	Pre-vaccine: n=1795; post-vaccine: n=1185	HPV+ Roche Linear Array (Roche Diagnostics; 37 types)	RR of HPV prevalence (crude)	RR of HPV prevalence (crude)
Mesher et al, 2013 (England, UK)[35]	Bivalent	Clinic based	Girls and women aged 16–24 years undergoing chlamydia screening in community sexual health services, general practice, youth clinics in 7 regions around England	Girls and women aged 16–24 years	Pre-vaccine: 2008; post-vaccine: 2010–12	Pre-vaccine: n=2354; post-vaccine: n=4178	2008: Hybrid Capture 2 (Qiagen) and Roche Linear Array (Roche Molecular Systems); 2010–12: HPV+ In-house multiplex PCR and Luminex-based genotyping test; 18 types)¶	OR of HPV prevalence (adjusted)	RR of HPV prevalence (adjusted)
Sonnenberg et al, 2013 (England, Scotland, and Wales, UK)[36]	Bivalent	Population based: NATSAL study participants	Nationally representative sample of men and women aged 16–74 years in Britain	Women aged 18–24 years	Pre-vaccine: 1999–2001; post-vaccine: 2010–12	Pre-vaccine: n=328; post-vaccine: n=795	HPV+ In-house Luminex-based genotyping assay (18 types)¶ in urine samples	OR of HPV prevalence (age-adjusted)	RR of HPV prevalence (crude)
Kavanagh et al, 2014 (Scotland, UK)[37]	Bivalent	Population based: Scottish Cervical Screening Call & Recall System	Women aged 20–21 years participating in routine cervical cancer screening in Scotland	Women aged 20–21 years	Pre-vaccine: 2009–10; post-vaccine: 2011–12	Pre-vaccine: n=2704; post-vaccine: n=1975	HPV+ Multimetrix HPV assay (Diamex, Heidelberg, Germany; 18 types)	HPV prevalence over time (no effect measure)	RR of HPV prevalence (crude)

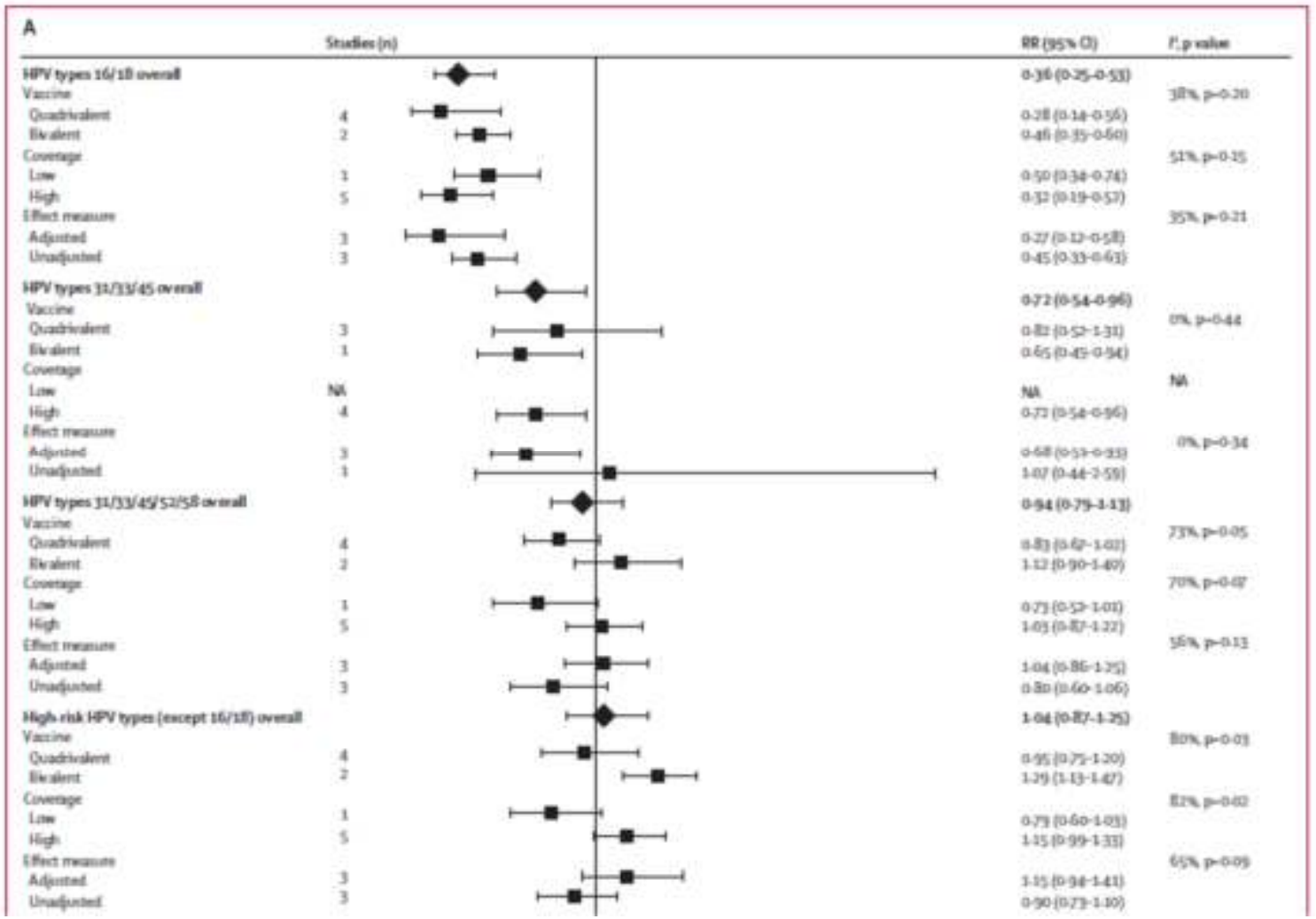
Drolet et al. 2015

	Vaccine used	Data source*	Study population	Population used in meta-analysis	Data collection dates†	Sample size used in meta-analysis‡	Case definition	Effect measure in publication	Effect measure recalculated§
(Continued from previous page)									
Sandø et al, 2013 (Denmark)[49]	Quadrivalent	Population based: Statistics Denmark, National Patient Registry, and Medical Products Statistics Registry	Entire population of Denmark aged 15–34 years	People (both sexes) aged 15–34 years	2001–11. Pre-vaccine: 2007–09; post-vaccine: 2010–11	Person-years pre-vaccine: 1 326 573; person-years post-vaccine: 2 687 020	ICD-10 code A63·0, OR prescription of podophyllotoxin	Annual proportion of the population with diagnosed anogenital warts	RR of anogenital warts proportion (crude)
High-grade precancerous cervical lesions									
Brotherton et al, 2011 (Australia)[50] (and Australian Institute of Health and Welfare, 2013)[1]	Quadrivalent	Health provider/ insurance based: cervical cancer screening programme registry	Girls and women younger than 69 years of age participating in the National Cervical Screening Program	Girls and women aged 15–39 years	2004–11. Pre-vaccine: 2005–07; post-vaccine: 2008–11	Person-years pre-vaccine: 6 028 918; person-years post-vaccine: 7 814 102	Histopathologically confirmed CIN2+	Annual incidence of high-grade cervical lesions in screened girls and women	RR of high-grade lesion incidence (crude)
Niccolai et al, 2013 (USA)[51]	Quadrivalent	Health provider/ insurance based: statewide surveillance (all 34 pathology laboratories report CIN2+/ adenocarcinoma in situ)	Women aged 21–39 years from Connecticut screened for cervical cancer	Women aged 21–39 years	2008–11. Pre-vaccine: 2008; post-vaccine: 2009–11	Person-years pre-vaccine: 411 624; person-years post-vaccine: 823 248	Histopathologically confirmed CIN2+	Annual incidence of high-grade lesions in women aged 21–39 years in Connecticut	RR of high-grade lesion incidence (crude)

13-19 años de edad



13-19 años de edad



En resumen…

- Coberturas >50%: infecciones por VPH 16/18 disminuyeron en 68% entre pre-post, empezando desde el primer año.

- 28% reducción en VPH 31,33,45 en niñas 13-19 años.
- 34% reducción en condilomas en niños<20 años; 32% reducción en condilomas en mujeres 20-39 años.
- 31% reducción en lesiones precancerosas de alto grado en niñas 13-19 años.

- Efecto rebaño y protección cruzada con altas coberturas.

- No hubo aumento de virus de alto riesgo no includios en la vacuna.

Clinical Infectious Diseases

REVIEW ARTICLE

Impact and Effectiveness of the Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine: A Systematic Review of 10 Years of Real-world Experience

Suzanne M. Garland,[1] Susanne K. Kjaer,[2] Nubia Muñoz,[3] Stan L. Block,[4] Darron R. Brown,[5] Mark J. DiNubile,[6] Brianna R. Lindsay,[6] Barbara J. Kuter,[6] Gonzalo Perez,[6,7] Geraldine Dominiak-Felden,[8] Alfred J. Saah,[6] Rosybel Drury,[8] Rituparna Das,[6] and Christine Velicer[6]

[1]Royal Women's Hospital, University of Melbourne, Murdoch Childrens Research Institute, Victoria, Australia; [2]Danish Cancer Society Research Center and Department of Gynecology, Rigshospitalet, University of Copenhagen, Denmark; [3]Colombian National Institute of Cancer, Bogota; [4]Kentucky Pediatric and Adult Research, Bardstown; [5]Indiana University School of Medicine, Indianapolis; [6]Merck & Co, Inc, Kenilworth, New Jersey; [7]Universidad del Rosario, Bogota, Colombia; and [8]Sanofi Pasteur MSD, Lyon, France

Prophylactic human papillomavirus (HPV) vaccination programs constitute major public health initiatives worldwide. We assessed the global effect of quadrivalent HPV (4vHPV) vaccination on HPV infection and disease. PubMed and Embase were systematically searched for peer-reviewed articles from January 2007 through February 2016 to identify observational studies reporting the impact or effectiveness of 4vHPV vaccination on infection, anogenital warts, and cervical cancer or precancerous lesions. Over the last decade, the impact of HPV vaccination in real-world settings has become increasingly evident, especially among girls vaccinated before HPV exposure in countries with high vaccine uptake. Maximal reductions of approximately 90% for HPV 6/11/16/18 infection, approximately 90% for genital warts, approximately 45% for low-grade cytological cervical abnormalities, and approximately 85% for high-grade histologically proven cervical abnormalities have been reported. The full public health potential of HPV vaccination is not yet realized. HPV-related disease remains a significant source of morbidity and mortality in developing and developed nations, underscoring the need for HPV vaccination programs with high population coverage.

CONCLUSION

- Es importante alcanzar **altas coberturas** para lograr un mayor impacto, alcanzando a las cohortes antes de su exposicion al virus.

- Evaluar el impacto de la vacuna provee informacion util para guiar las politicas, sostener la inversion en la vacuna, mostrar sus beneficios ante la poblacion pero requiere **datos de calidad, metodos estandarizados y estudios robustos**.

- Evidencia regional - Iniciativa para evaluar el impacto de la vacuna de VPH en LAC – participacion de paises seleccionados.

- Oportunidad para trabajo integrado entre inmunización, cancer, salud de la mujer, de adolescente, enferm. sexualmente transmisibles, etc.

Gracias

Thank you

Obrigada

Public Health England

Protecting and improving the nation's health

Evaluating the impact of HPV vaccination in England

David Mesher

Principal STI Prevention Scientist
Centre for Infectious Disease Surveillance and Control
Public Health England

HPV Immunisation Programme

- England introduced National HPV Immunisation Programme in 2008

- The bivalent vaccine (Cervarix) was initially used
  - HPV types 16/18

- From September 2012, the quadrivalent vaccine (Gardasil) has been used in the routine programme
  - HPV types 6/11/16/18

- Vaccination offered annually to 12-13 year old girls
  - Delivered free of charge, primarily in schools

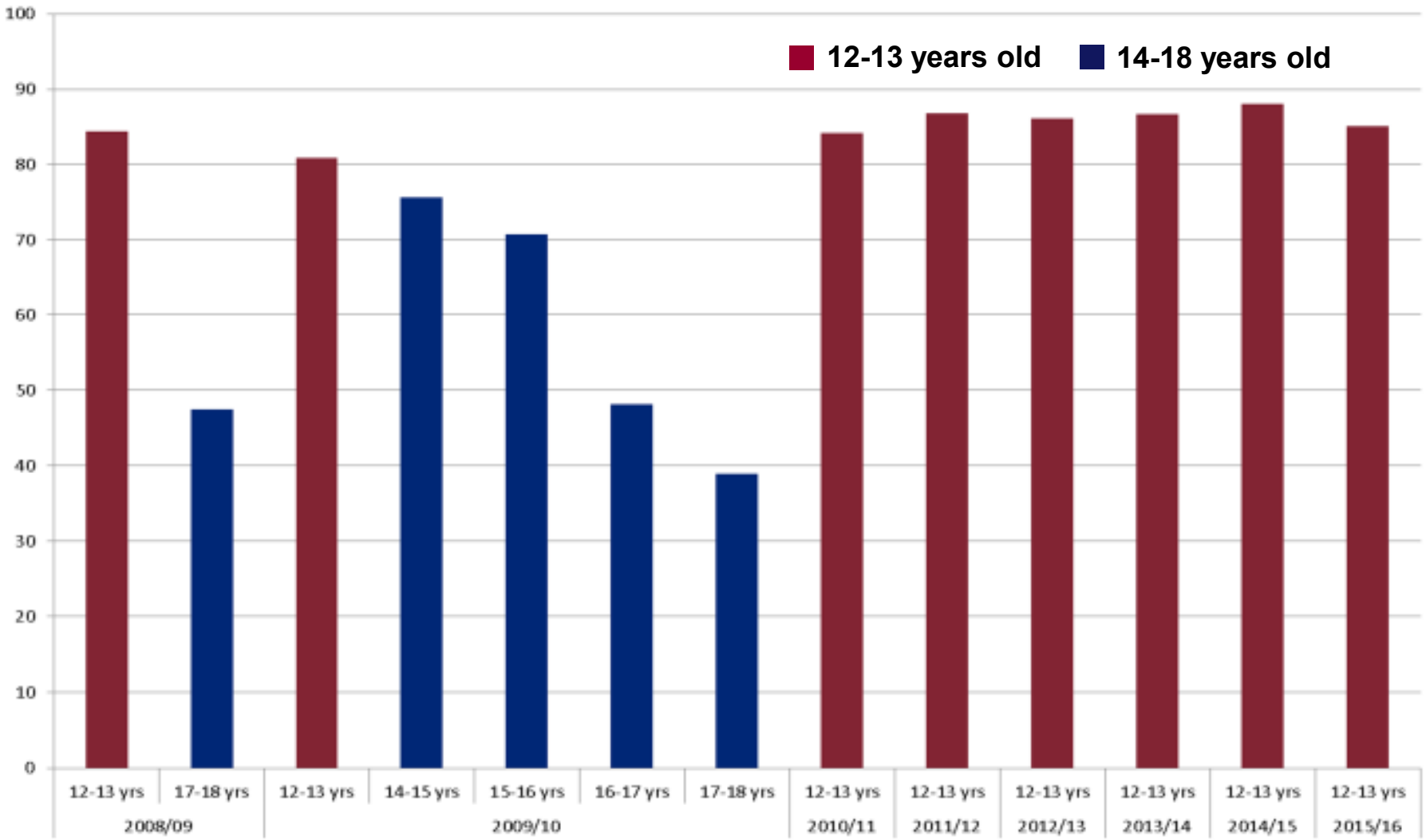
- Catch-up vaccination for young women aged up to 18 years

HPV surveillance activities in England

- **Vaccination uptake/coverage**
- **Changes in HPV infection**
- **Changes in HPV related disease**
  - Reductions in the incidence of anogenital warts (AGW)
  - Reductions in the incidence of cervical pre-cancerous lesions, cervical cancer and other HPV related cancers

VACCINATION COVERAGE

Vaccine coverage in England: 2008 to 2016



HPV INFECTION

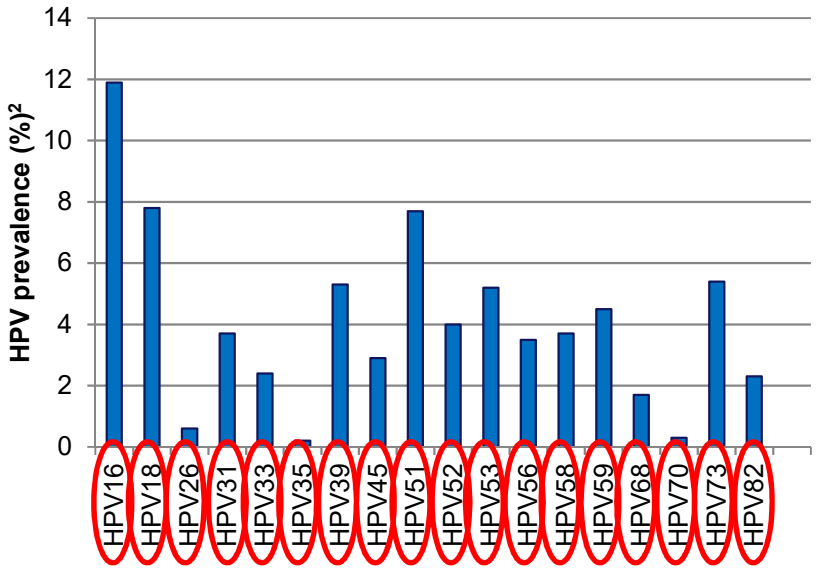
Monitoring changes in HPV prevalence

Expected outcomes of the HPV immunisation programme

- Reduction in the prevalence of the vaccine types (16/18)
- Smaller reduction in the closely related HPV types (**cross protection**[1])

Other potential changes

- Potential increases in other non-vaccine HPV types (**type replacement**)



1 Wheeler et al, Lancet Oncol, 2011

2 Howell-Jones et al, Vaccine, 2012

Methods

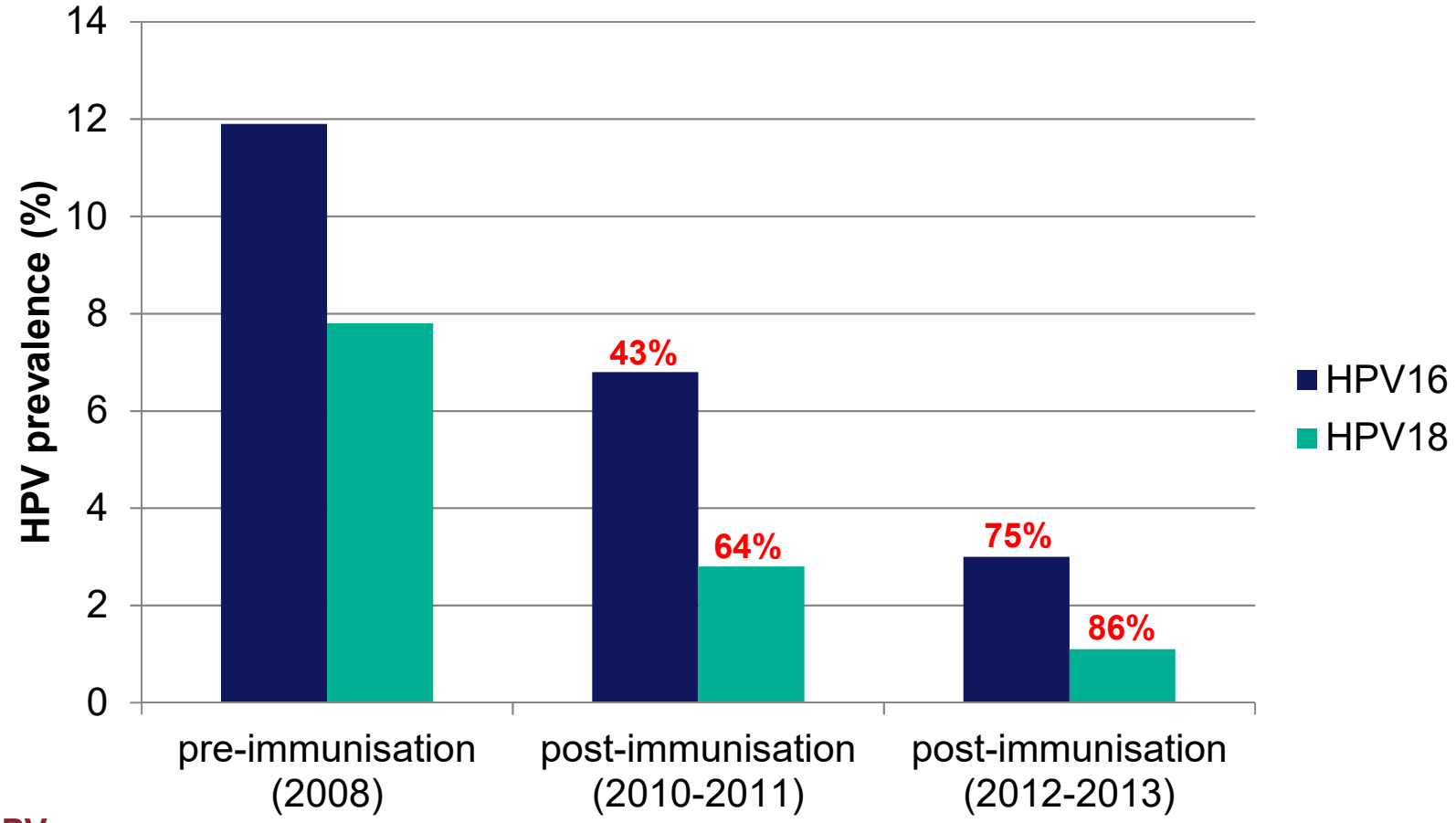
- Residual vulva-vaginal swab (VVS) specimens collected from young women attending for chlamydia screening in 2008 (pre-immunisation[1]) and since 2010 (post-immunisation[2])

- Linked to reported demographic and sexual behaviour data

- Samples were tested anonymously for type-specific HPV DNA infection: tested for high-risk types, probable high-risk types and low-risk types 6/11

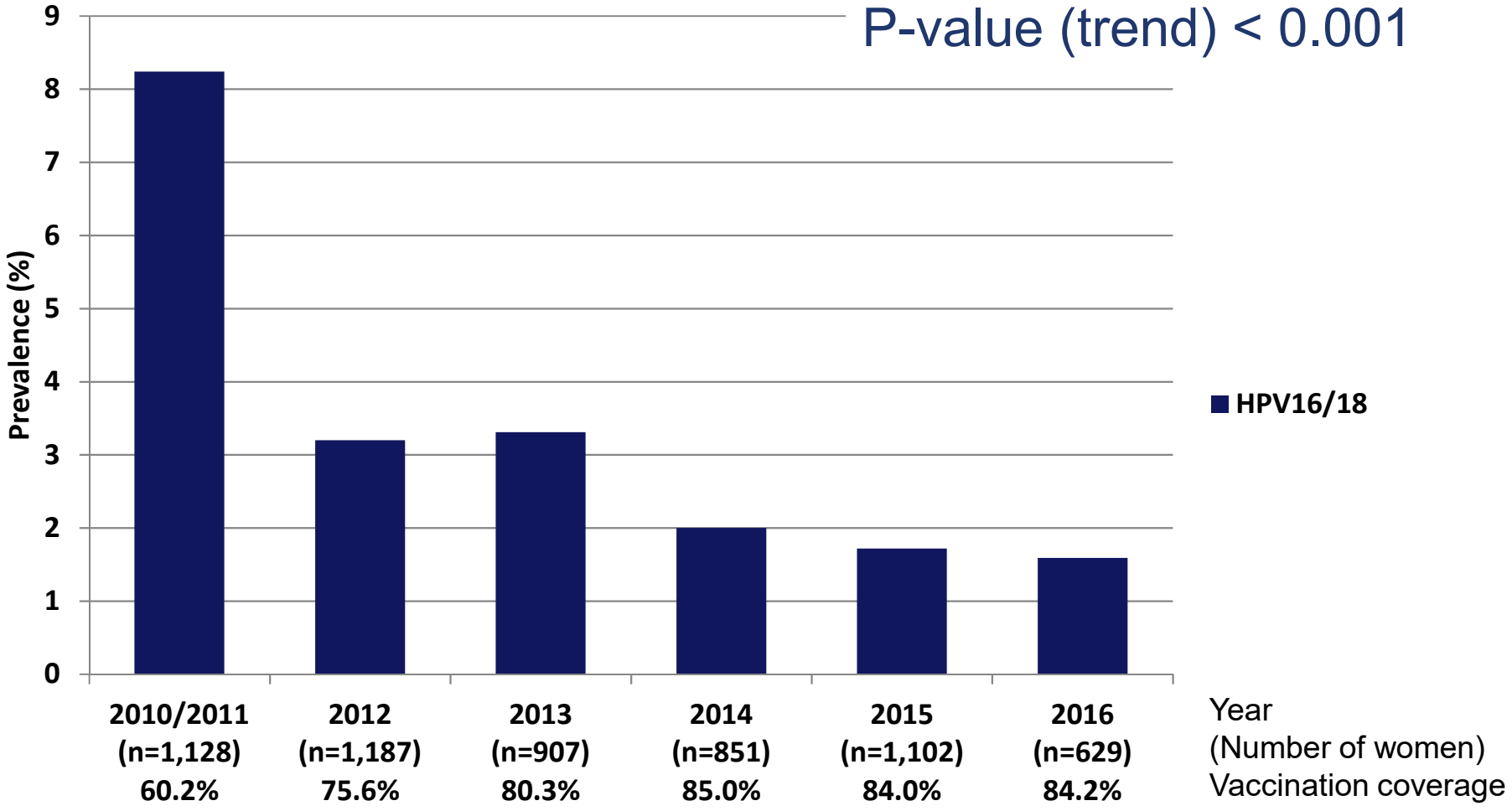
1: Howell-Jones et al, Vaccine, 2012 2. Mesher et al, BMJ Open, 2016

Impact on HPV16/18 infection in England: 16-18 year olds



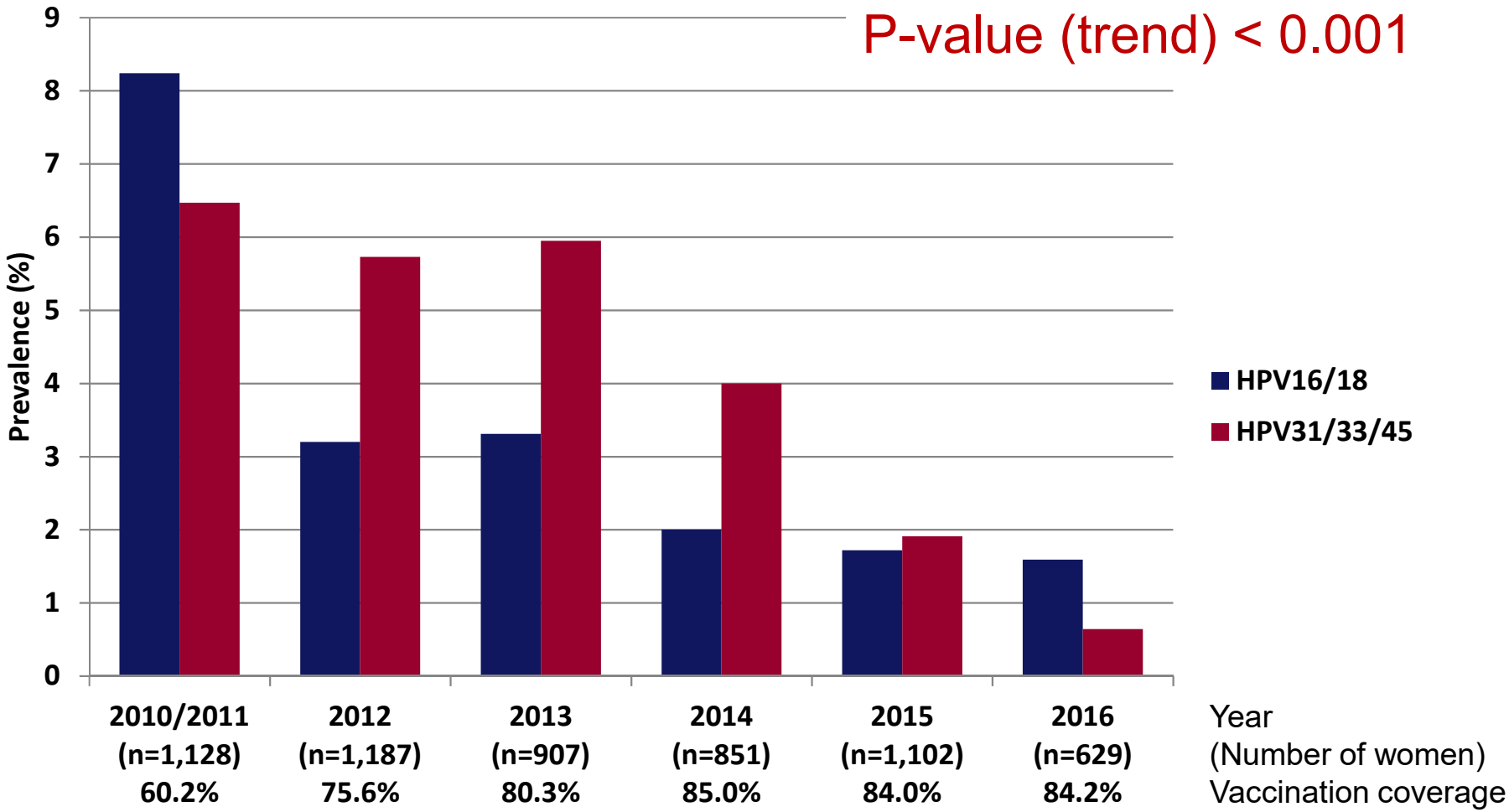
Mesher D et al, BMJ Open, 2016

Changes in post-vaccination HPV prevalence in England: 16-18 year olds



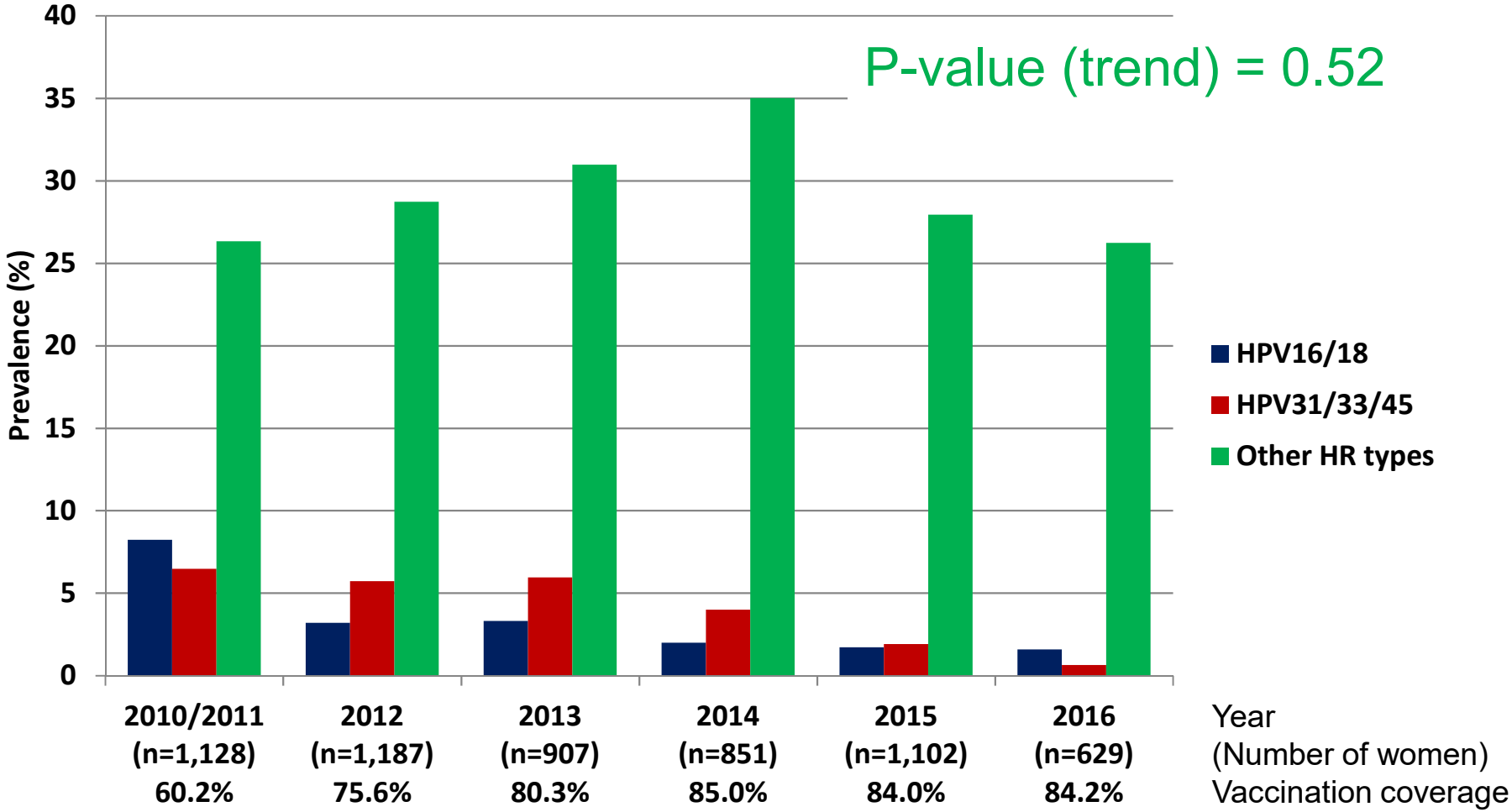
Unpublished data

Changes in post-vaccination HPV prevalence in England: 16-18 year olds



Unpublished data

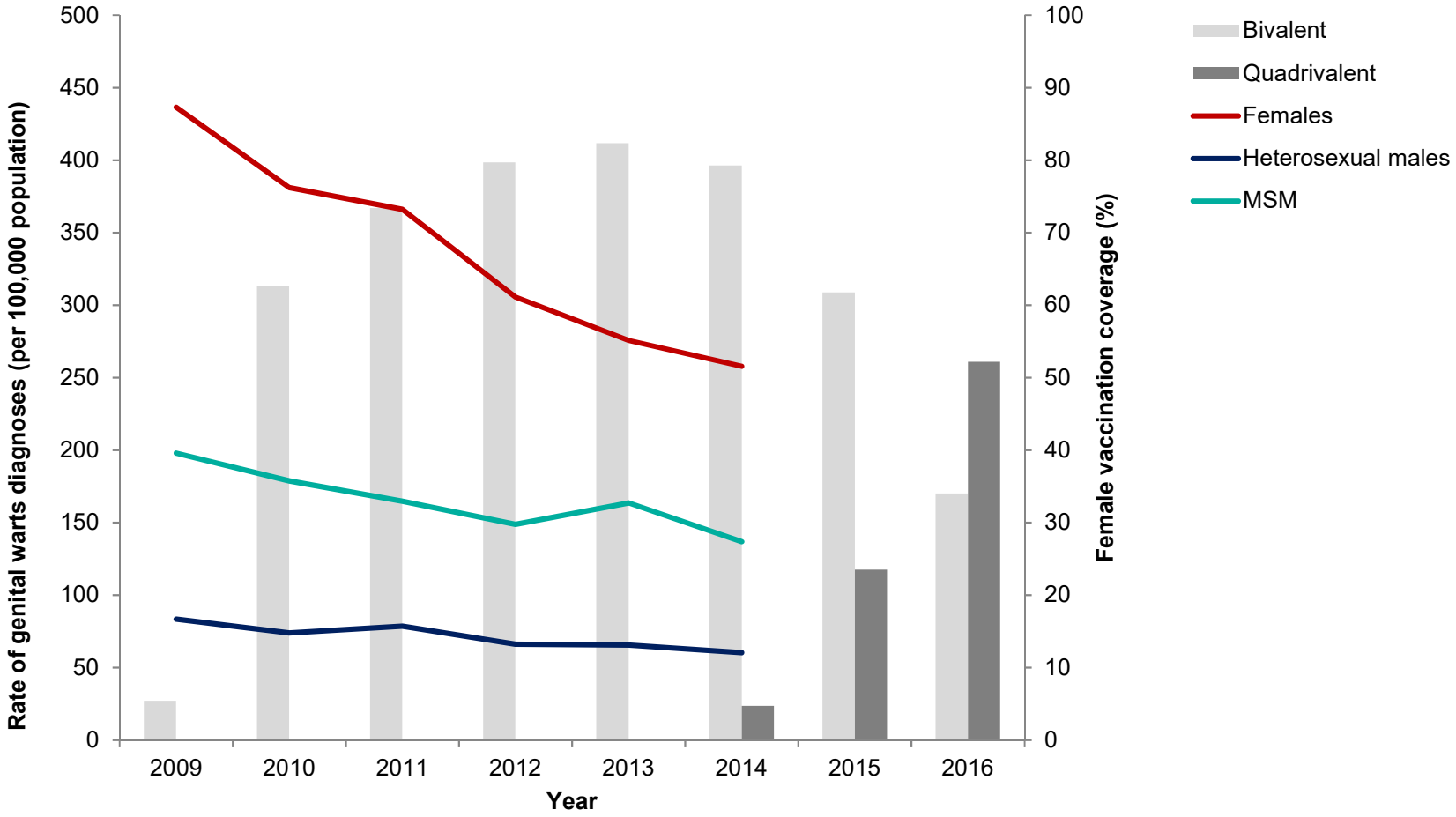
Changes in post-vaccination HPV prevalence in England: 16-18 year olds



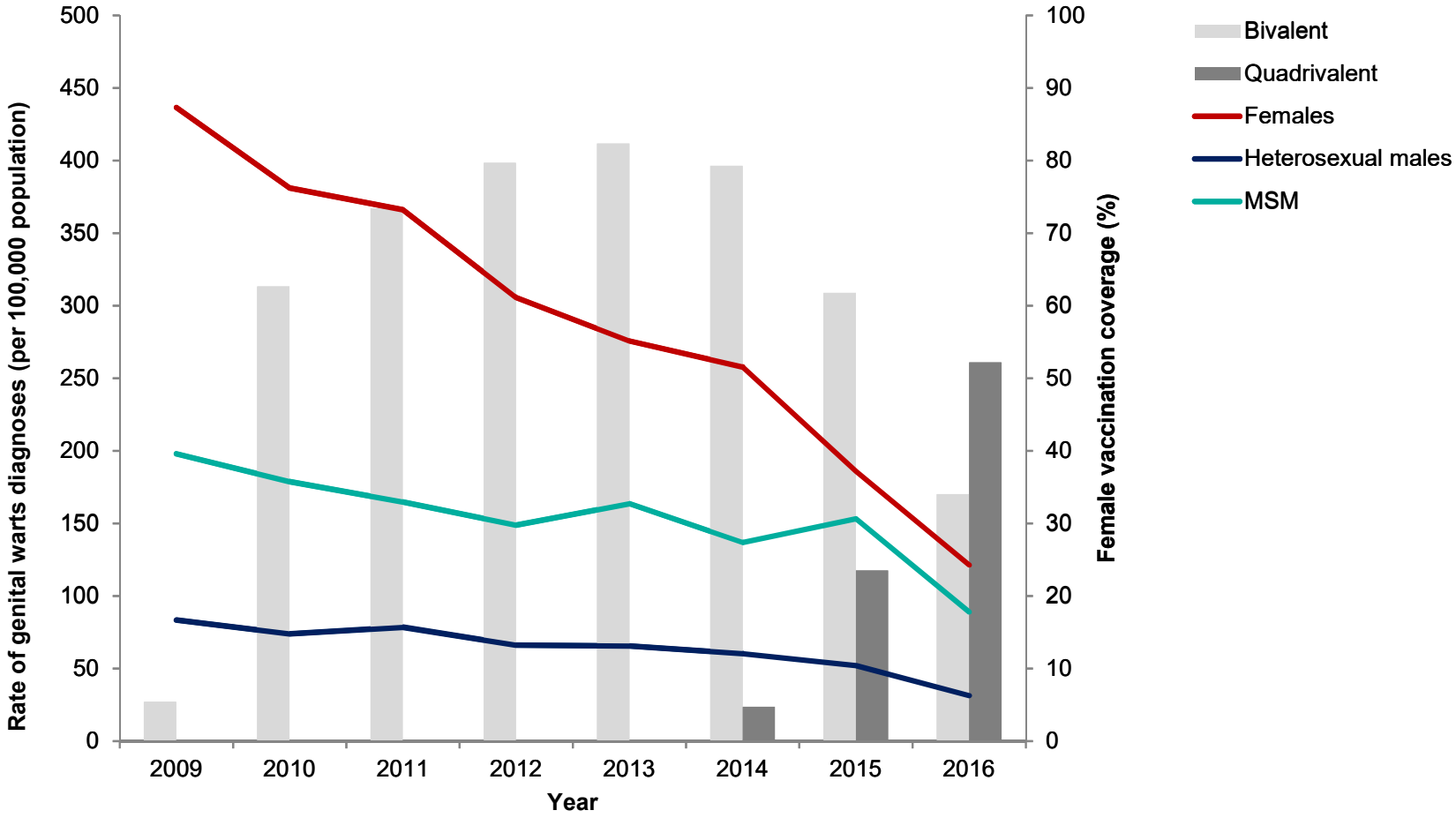
Unpublished data

ANOGENITAL WARTS

Rate of AGW diagnoses and female HPV vaccination coverage from 2009-2016: 15-17 year olds



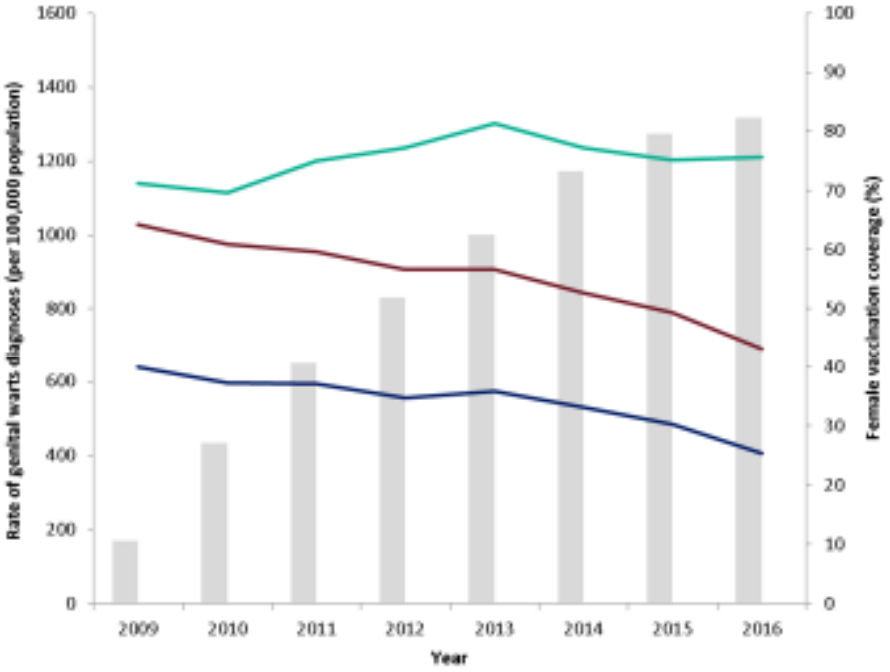
Rate of AGW diagnoses and female HPV vaccination coverage from 2009-2016: 15-17 year olds



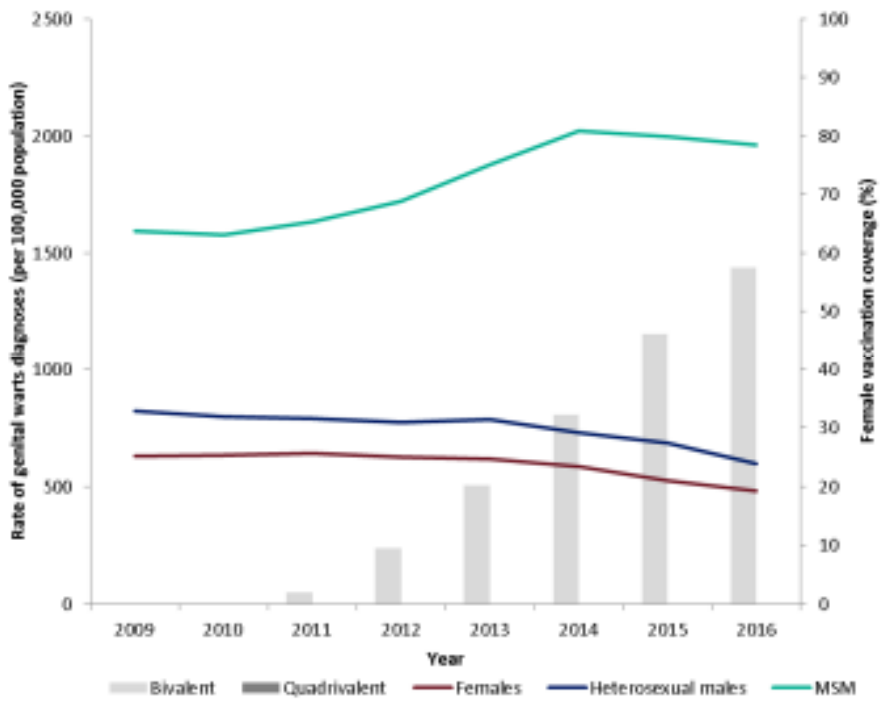
Rate of AGW diagnoses and female HPV vaccination coverage from 2009-2016

- Similar declines not observed in older age groups
  - None of these females would have received the quadrivalent vaccine

19-21 year olds



22-24 year olds



Herd protection

- Strong evidence of herd protection from high coverage female programme
- Young heterosexual males up to age 24
  - Declines in incidence of AGW similar to same aged females
  - Incidence of AGW diagnoses in 15-17 y/o are 62% lower in 2016 compared to 2009
- Unvaccinated females aged 16-19 years old
  - Pre-vaccination HPV 16/18 prevalence 17.6%
  - Post-vaccination HPV 16/18 prevalence 10.0%

Future considerations

- Monitoring of cervical disease is currently underway
  - cervical screening in England starts at age 25 years old
- 12 countries have introduced the nonavalent vaccine
  - 9 of these have implemented a gender neutral programme
- Evidence from England and Scotland of cross-protection against HPV31, 33, 45 following introduction of bivalent vaccine
  - Implications for 9valent vaccine introduction
- Efficacy vs. effectiveness of single HPV dose
  - Implications for cost-effectiveness
- Consideration of changes to cervical screening in vaccinated populations

Acknowledgements

- Kate Soldan
- David Mesher
- Mark McCall
- Claire Tanner
- Tracey Cairns
- Krishna Gupta

HIV/STI Department

- Simon Beddows
- Kavita Panwar

Virus Reference Department

- Sara Thomas

London School Hygiene and Tropical Medicine

- GUMCAD, CTAD, HARS teams
- Collaborators from participating laboratories providing residual specimens

Thank you.
Questions?

david.mesher@phe.gov.uk

PAHO meeting: Lessons Learned from vaccine introduction and Communication Strategies

24-26 October 2017

The HPV controversy – lessons learned in the European Region

Katrine Bach Habersaat

Technical Officer

Vaccine-preventable Diseases and Immunization programme

WHO Regional Office for Europe

World Health Organization Europe | Organisation mondiale de la Santé Europe | Weltgesundheitsorganisation Europa | Всемирная организация здравоохранения Европейское

European Region

- 53 Member States
- 15 time zones
- Population 900 Million
  Infants 11 Million
  < 5yr 55 Million
  <15yr 157 Million
- DPT3: 92%, Pol3: 94%; MCV2: 88% (2016)

Burden of cervical cancer European Region

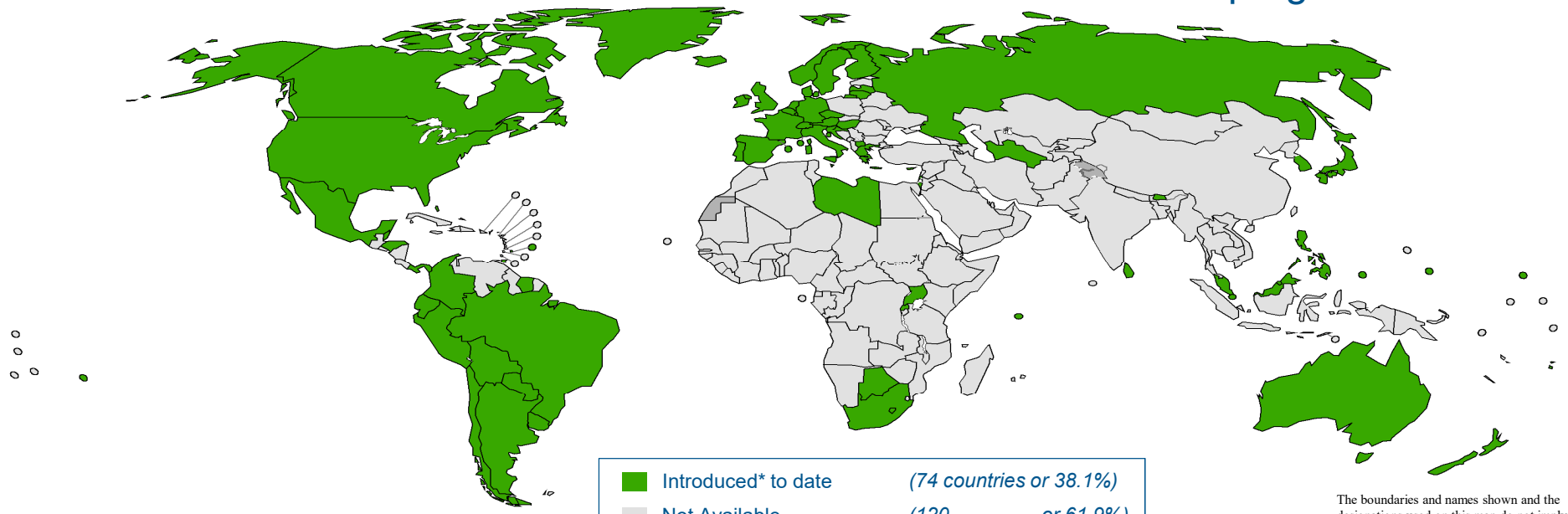
The fifth most common cancer in women

Every year:

- 28,000 deaths
- majority in middle-income countries

Progress in HPV introduction

Countries with HPV vaccination in the national immunization programme

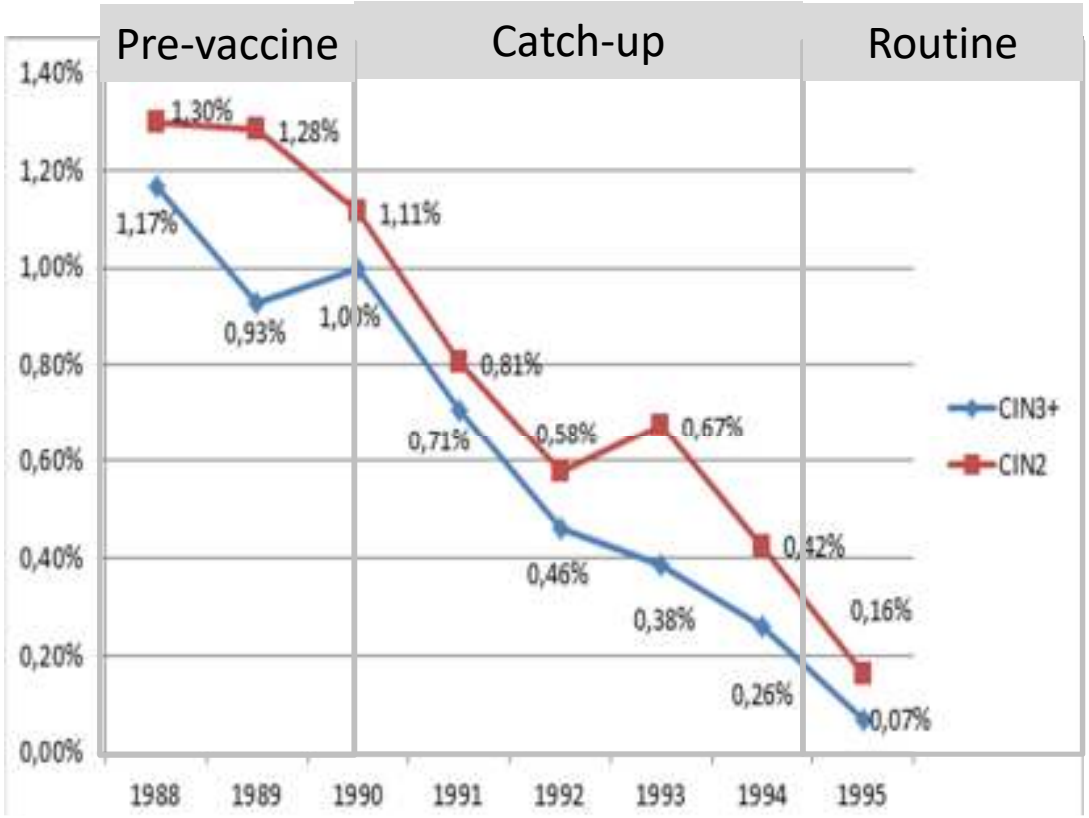


Data source: WHO/IVB Database, as of 09 August 2017
Map production Immunization Vaccines and Biologicals (IVB), World Health Organization

World Health Organization Europe
Organisation mondiale de la Santé Europe
Weltgesundheitsorganisation Europa
Всемирная организация здравоохранения Европейское

The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. ©WHO 2017. All rights reserved.

Reduction in precancerous lesions



Percentage of 20-year old women diagnosed with CIN 2/CIN3 + by birth cohort year

Coverage, %:	0	1.0	4.2	5.6	65.2	69.3	70.1	86.5

Adapted from:
Kevin Pollock, NHS National Services Scotland

HPV vaccines

Statement on the continued safety of HPV vaccination (2017)

"Since licensure of HPV vaccines, GACVS has found no new adverse events of concern based on many very large, high quality studies. The new data presented at this meeting have strengthened this position."

World Health Organization Europe | Organisation mondiale de la Santé Europe | Weltgesundheitsorganisation Europa | Всемирная организация здравоохранения Европейское

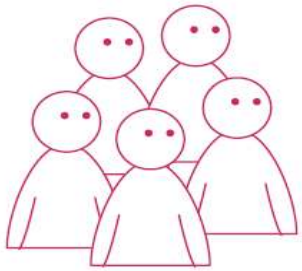
* 2017 source: GACVS

The risk perception gap

- Emotions
- Mental shortcuts (heuristics)
- Experience
- Information

GAP

- Information
- Data
- Evidence
- Investigation
- Assessment of causality



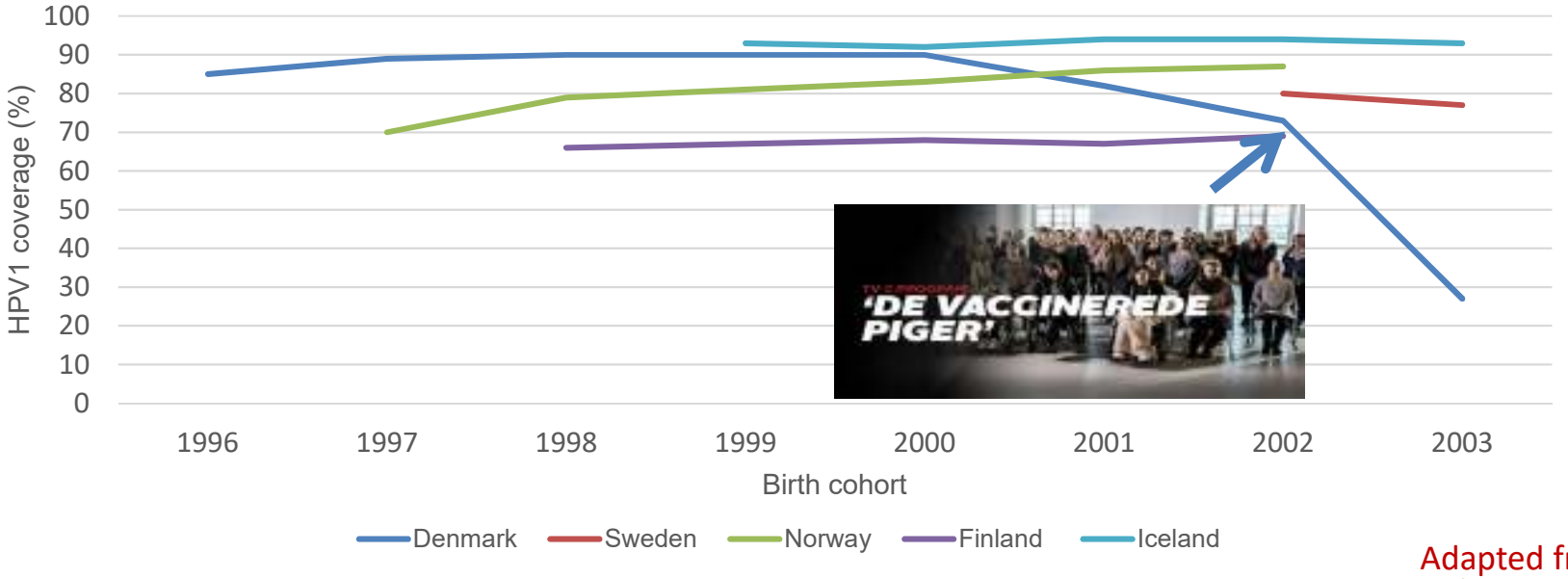
Public

Health Authorities

World Health Organization Europe
Organisation mondiale de la Santé Europe
Weltgesundheitsorganisation Europa
Всемирная организация здравоохранения Европейское

Despite excellent safety profile: uptake is fragile

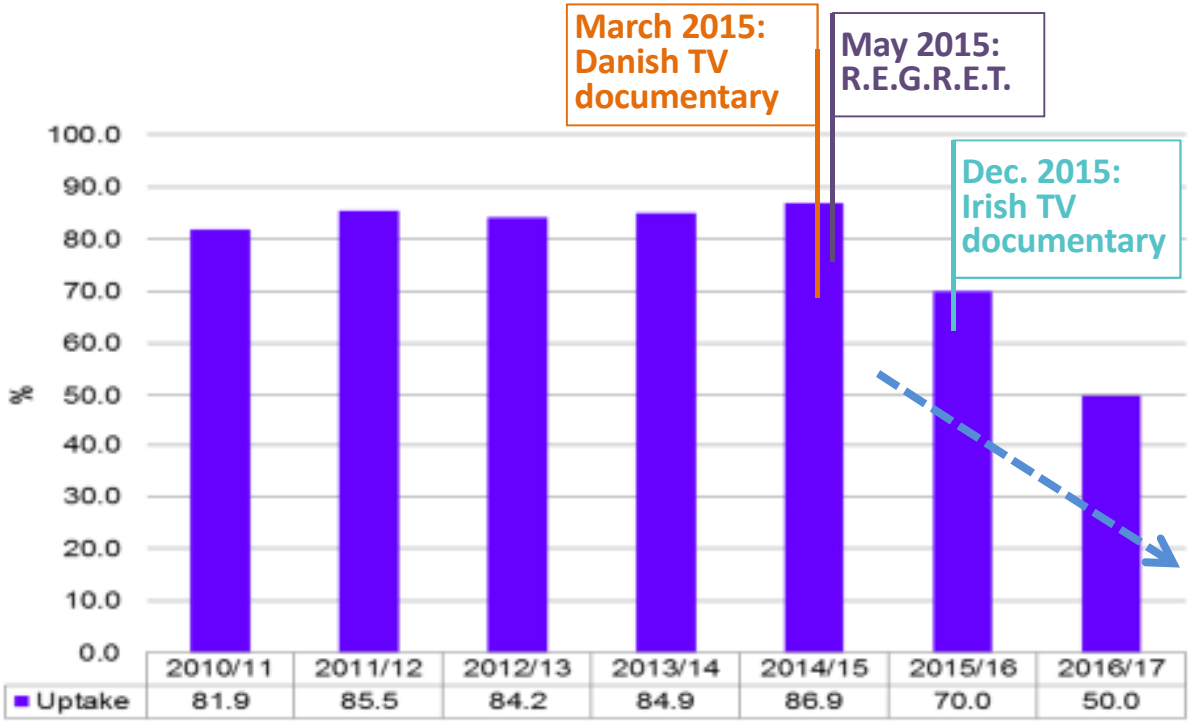
Coverage of the first dose of the HPV vaccine in the Nordic countries



Adapted from: Bolette Søborg, Danish Health Authority

World Health Organization Europe | Organisation mondiale de la Santé Europe | Weltgesundheitsorganisation Europa | Всемирная организация здравоохранения Европейское

Spreading across the Region



~15,000 girls not vaccinated in 2016/17

HPV1 uptake Ireland 2010.2017. (2016-17: estimated uptake).

Adapted from: Brenda Corcoran, Ian Kelleher, Health Service Executive, Ireland

World Health Organization Europe | Organisation mondiale de la Santé Europe | Weltgesundheitsorganisation Europa | Всемирная организация здравоохранения Европейское

Challenges

- Vocal patient organizations
- Strong advocates against HPV vaccination
- Media at a loss
- Health worker scepticism

Programme-related challenges

- Lack of preparedness
- Lack of media and communications resources
- Response time
- Confidence issues
- Support to the girls in the first place
- Organizational challenges

Responding – the Danish case

Phase 1

Media and stakeholder analysis

Duo-interviews: girls, 11-14 ys

Phase 2

Decision patterns

Focus groups: mothers of girls,10-14ys

Phase 3

Segmentation of target groups

Survey: 1000 parents of girls 10-18 ys

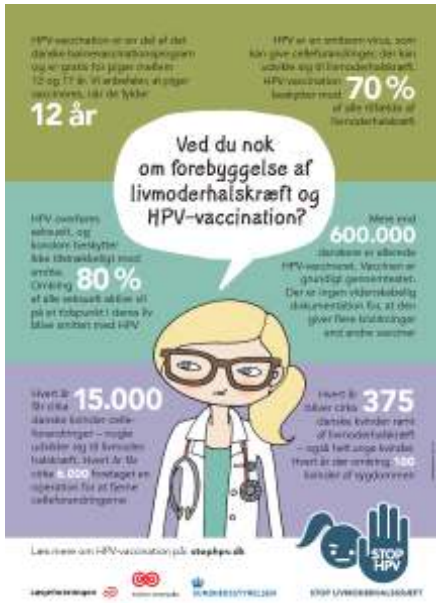
Focus groups: mothers hesitant to vaccinate daughters

Phase 4

Development and testing of messages

Adapted from: Stine Jacobsen, Danish Health Authority

Danish HPV Campaign



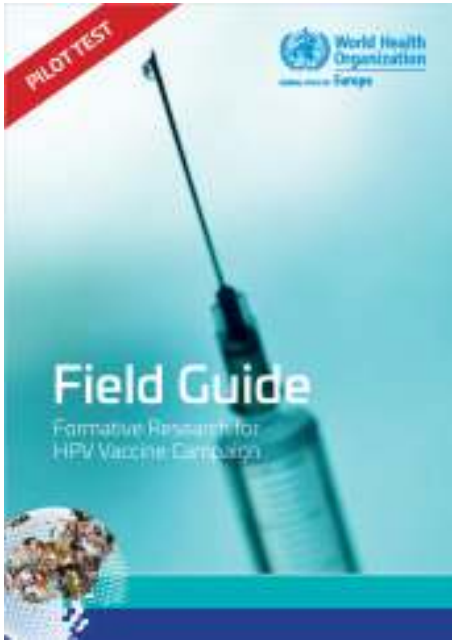
World Health Organization Europe

Organisation mondiale de la Santé Europe

Weltgesundheitsorganisation Europa

Всемирная организация здравоохранения Европейское

Being prepared



Being prepared – the Moldova case

General perception of vaccination?	"Generally positive"
Doctors a trusted source of information?	"Yes"
Knowledgeable of HPV vaccine	"To some extent"

- More fearful and unsure about *all* vaccines than expected.
- Believe health care providers have quotas to fill and get paid per vaccination.
- Most know little or nothing about HPV vaccination.

Rumours about HPV?

"Yes, some"

- Much more prevalent and exaggerated than expected.
- Paralysis, coma, infertility! A strategy to reduce population in poor countries!
- From other countries – and Facebook, chat groups and friends' stories.

Vaccines generally trusted?

"Yes, with some exceptions"

Knowledge of HPV?

"Basic knowledge about HPV"

- Influenced by same rumors and fears as parents.
- Uncertain of the facts.
- More hesitant to recommend all vaccines than ever before.
- Parents ask them to guarantee there will be no side effects – they cannot, and hesitate to promote vaccines.

”What parents said was **almost completely different from what we expected**, both their knowledge of the benefits of vaccination and their sources of information about it”

National immunization programme staff

”It was **surprising to find huge gaps in knowledge** among those representing public health (…) **Even the gynecologists were against the HPV vaccine**. It seems there is very little scientific approach towards this”

Public Health Management School team leader

In conclusion...

- There is a (sometimes vast) gap in risk perception – public and health authorities
- Responding to crisis: communication is critical – and just one element
- Misperceptions and narratives travel. Added value of learning across borders is evident
- The equity perspective: how can we help countries with HPV introduction?
- Lesson for the future: new vaccine introduction – be prepared; work together

Thank you

- Siff Malue Nielsen
- Anna Leher

Confidence-building and crisis response library:

www.euro.who.int/vaccinetrust

habersaatk@who.int

Eventos supuestamente asociados a la vacuna VPH (ESAVI)

Maria Tereza da Costa Oliveira MD, PhD

Unidad de Inmunización, OPS/OMS

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Tópicos principales

- ESAVI:
  - Eventos locales
  - Eventos sistémicos
- Medidas de prevención
- Conclusión - recomendaciones

Eventos locales:
Dolor, edema, enrojecimiento

- **Dolor en el local de la inyección** en horas y hasta días tras la vacunación es el evento más frecuente **(84%),** seguido de **edema y enrojecimiento (25%)**.

- **Dolor acentuado** dificultando las actividades habituales ha sido reportado en **6%** de los casos.

- Las tasas de **reacciones locales son inferiores** en niños y adolescentes de **sexo masculino entre 9-15 años** de edad.

Eventos sistémicos:
Fiebre, dolor de cabeza y otros

- **Dolor de cabeza (33%), fiebre (10%),** fatiga, mareo, dolor muscular, artralgia y síntomas gastrointestinales.
- Las tasas de eventos sistémicos moderados relacionados a las tres vacunas son similares a excepción de mialgia y fatiga que suelen ser más frecuentes con la bivalente.

Evento sistémico: Síncope - Definición

Es una pérdida de conciencia, brusca y breve, provocada por un insuficiente aporte de oxígeno cerebral, asociado a una pérdida del tono postural y seguida de recuperación espontánea sin que medien maniobras de reanimación.

El presíncope, situación que habitualmente precede al síncope, aunque puede presentarse de forma aislada, consiste en un acceso brusco y transitorio de sensación subjetiva de mareo, debilidad e inminente pérdida de conciencia.

Evento sistémico: Síncope común o episodio vasovagal - Características

De una manera general, el síncope puede ser clasificado como cardiogénico y no cardiogénico. Los **no cardiogénicos** son los más frecuentes y entre ellos está el **síncope común o vasovagal.**

- Es más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes del sexo femenino;
- Habitualmente tiene lugar en bipedestación;
- Son factores precipitantes: estrés emocional (ansiedad, miedo, dolor) o estrés físico (hambre, deshidratación, anemia, enfermedad intercurrente, fatiga);
- **Puede ocurrir tras la inyección de cualquier vacuna.**

Manifestaciones clínicas del Síncope o episodio vasovagal

- La pérdida de conciencia dura 15-30 s.
- Generalmente es precedida de mareo, náuseas, malestar abdominal, cansancio, debilidad en las piernas, sensación de audición de voces lejanas, alteraciones en la visión (borrosa, nublada, oscura o en blanco), cefalea fugaz, o sensación de estar flotando.
- La pérdida del tono muscular subsiguiente es habitualmente progresiva, condicionando una caída lenta al suelo (en la que puede producirse un traumatismo).
- El episodio se acompaña de palidez y sudoración, siendo raros pero posibles la mordedura de la punta de la lengua y la incontinencia urinaria.
- En algunos casos, que parecen ligados a una hipoxia de duración mayor a 20-25 s, el episodio se acompaña de rigidez generalizada, desviación ocular y unas leves clonías de miembros, configurando el llamado síncope convulsivo.

Evento sociogénico colectivo

Cuando las vacunas se administran a grupos, las reacciones físicas de los vacunados pueden ser similares, por el mismo mecanismo que para reacciones psicogénicas de masas por otras causas.

Estos fenómenos se han definido como la aparición colectiva de síntomas sugestivos de enfermedad orgánica pero sin un origen identificado, en un grupo de personas que si creen conocer la causa.

Dichos brotes han sido informados en diferentes entornos culturales y medioambientales, en lugares de trabajo, transporte público, en escuelas y en militares. Creen tener una intoxicación alimenticia, estar en presencia de un incendio, de gases tóxicos o peligro de explosiones. Sea cual sea el lugar o la amenaza percibida, la respuesta parece ser similar.

Síntomas frecuentes en el Evento sociogénico colectivo

- Dolor de cabeza, mareos, debilidad y pérdida de la conciencia.
- Una vez en marcha, no son fáciles de parar, cogen fuerza rápidamente y pueden ser amplificados por los medios.
- El manejo de estos eventos puede ser difícil.
- Sin embargo, cada caso debe ser estudiado caso, ya que puede haber pacientes con efectos secundarios de la vacuna, o alguna otra patología previa.

Antecedentes del Evento sociogénico colectivo

- Es un fenómeno social bastante antiguo.
- En 1374, en Aquisgrán y otra docena de ciudades de la cuenca del Rin, poco después de la epidemia de Peste Negra que asoló a Europa y coincidiendo con unas gravísimas inundaciones que habían traído la desesperación, una serie de personas empezaron a sentir una **compulsión irrefrenable que también las obligaba a bailar**. Contorsionaban y gritaban durante horas o días, hasta caer exhaustas. En cuestión de semanas, la epidemia se extendió a grandes áreas del noreste de Francia y Holanda. Como correspondía en aquellos tiempos, se consideraba endemoniados a los afectados .

Localización de Aquisgrán en Alemania

Antecedentes del Evento sociogénico colectivo

En Italia, un fenómeno similar fue el **tarantismo,** en el que se decía que las víctimas habían sido **envenenadas por una tarántula o un escorpión**. Su brote más antiguo conocido fue en el siglo XIII, y el **único antídoto conocido fue bailar con una música especial para separar el veneno de la sangre**. Se producía solo en los meses de verano.

La música se tocaba normalmente durante los brotes de la manía del baile, ya que se pensaba que remediaba el problema. Una pintura de Pieter Brueghel el Joven, a partir de dibujos de su padre.

Al igual que con la manía del baile, la gente de repente empezaba a bailar, a veces afectada por una mordedura o picadura percibido y se unió a los demás, que creían que el veneno de las picaduras sufridas anteriormente era reactivado por el calor o la música.

Los bailarines realizarían una **tarantela**, acompañados por la música, que con el tiempo "cura" a la víctima, al menos temporalmente.

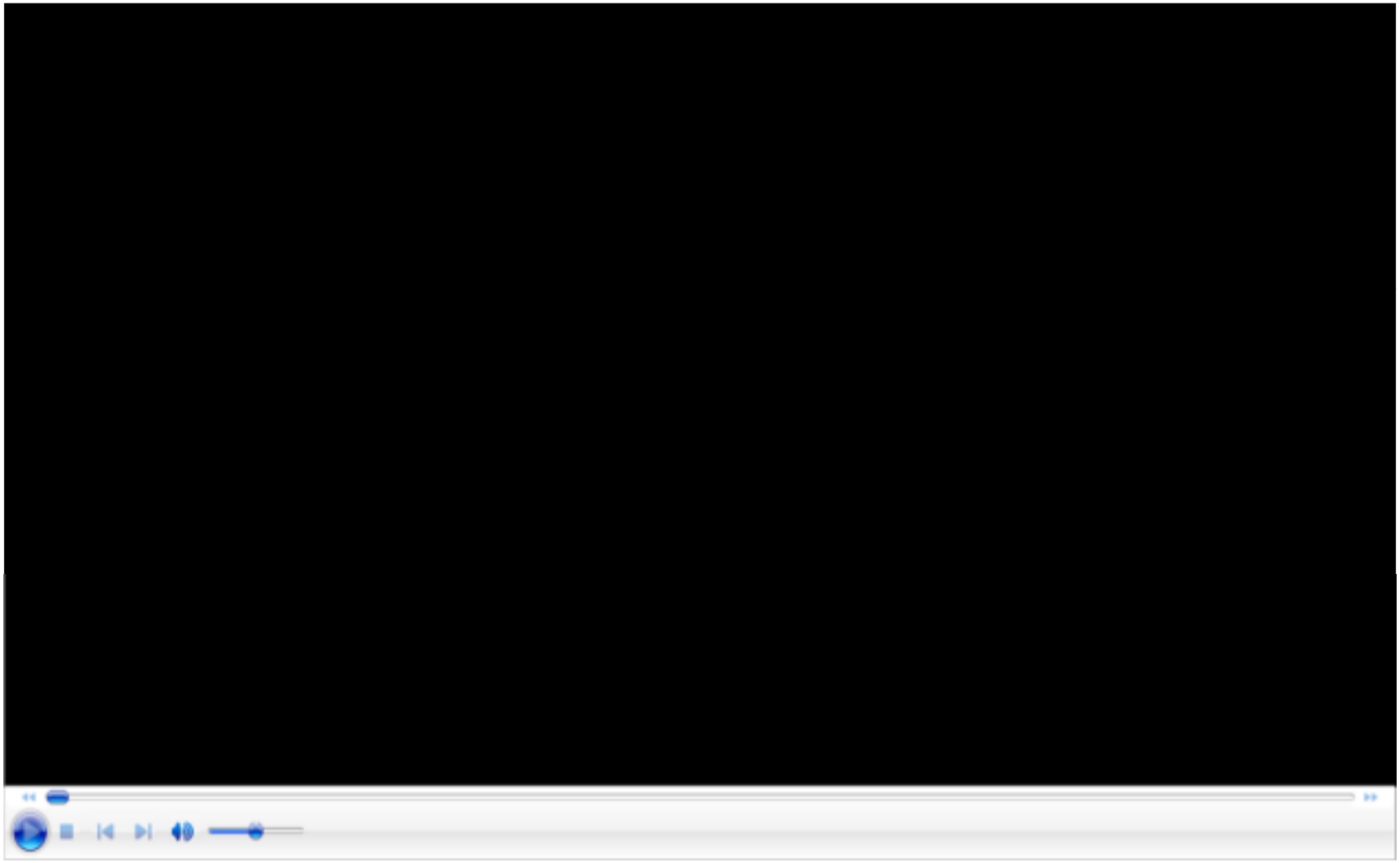
Antecedentes del Evento sociogénico colectivo

- Siglo y medio más tarde, de julio a agosto de 1518, situación similar ocurrió en Estrasburgo, creyéndose en un comienzo que se trataba del **“Baile de San Vito”.** Con más de 400 afectados, hubo unos que murieron exhaustos .

Coreomanía en una peregrinación a la Iglesia de Sint-Jans-Molenbeek. Grabado de Hendrick Hondius (1642) a partir de un dibujo de Pieter Brueghel el Viejo (1564).

- Otros casos se refieren a risa contagiosa, como ocurrió en Tanzania, en un internado femenino de una misión del distrito de Bukoba. De repente, entre las colegiales **brotó una epidemia de risa contagiosa** con más de 1000 personas afectadas. La epidemia empezó en enero de 1962 y duró 18 meses.

Evento sociogénico colectivo: Risa contagiosa en Tanzania



Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Principales características del Evento sociogénico colectivo

- No tienen base orgánica aparente;
- Son transitorios y benignos;
- Inicio y recuperación rápidas;
- Ocurrencia en un grupo segregado;
- Presencia de extraordinaria ansiedad;
- Se propagan a través de vista, sonido o comunicación oral;
- Preponderancia de mujeres participantes;
- Puede reaparecer después del brote inicial.

EL ESPECTADOR

www.elespectador.com

EL TIEMPO

CARACOL TELEVISION

RCN TELEVISION

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

URGENCIAS

Sugestión Colectiva en el Ministerio de Salud Por las 400 niñas víctimas de la vacuna

EL Hospital
FALTAN Medicos
JUSTICIA

DEBEMOS LLAMAR LA ATENCION AL MINISTRO DE SALUD Y LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

Gobierno Nacional, Departamental y Municipal Abandonan 600niñas

Todo caso debe ser estudiado, como fue hecho en Colombia:

Tabla 10. Antecedentes médicos de importancia de los casos de evento de interés en estudio según colegio, municipio de El Carmen de Bolívar, Bolívar, 2014.

Antecedentes médicos de relevancia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sin antecedentes	473	91,5
Cuadros similares previos al brote	11	2,1
Patológicos neurológicos (migraña, epilepsia)	8	1,5
Patológicos cardiopulmonares (asma, cardiopatía en estudio)	7	1,3
Familiares (diabetes, depresión)	6	1,1
Patológicos psiquiátricos (depresión, intento de suicidio, sospecha de abuso sexual)	6	1,1
Exposición ambiental (taller de mecánica)	3	0,6
Patológicos autoinmunes (Lupus eritematoso sistémico)	1	0,2
Quirúrgicos (corrección cardiopatía congénita)	1	0,2
Patológicos metabólicos (hipoglicemia)	1	0,2

Fuente: base datos de casos, equipo de investigación de campo. Instituto Nacional de Salud.

- De este grupo de casos se destacan las 11 niñas con antecedentes de cuadros clínicos similares previos al brote. Siete de estos presentaron su sintomatología entre tres a 16 meses previos a la primera dosis administrada contra el VPH.

- Otro grupo de casos con antecedentes importantes son las ocho niñas que padecieron alguna patología neurológica: tres con antecedentes de migraña, donde en dos de ellas se documentó el síntoma cuatro meses previos a la administración de la primera dosis; tres con antecedentes de síndromes convulsivos desde la infancia, una con antecedentes de parálisis facial periférica resuelta y otro caso con una probable paraparesia flácida de miembros inferiores.

- De igual manera, se documentaron seis casos con antecedentes psiquiátricos: cuatro con antecedentes de intentos de suicidio, uno con antecedente de probable abuso sexual y un caso con antecedentes de depresión.

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Evento sistémico: Enfermedades auto inmune

- Estudio bien conducido de base poblacional en Inglaterra reafirma que **la vacuna VPH NO aumenta el riesgo de Síndrome de Guillain- Barré**.
- Revisión de vigilancia post comercialización de la vacuna bivalente durante 4 años **NO encontró aumento de casos de parálisis de Bell y de Guillain-Barré**.

Evento sistémico: Descripción del Síndrome del dolor regional complejo (CRPS)

Dolor continuo e intenso, desproporcionado a la severidad de la herida (si es que la hubiese), que con el tiempo se empeora en vez de mejorar.

El CRPS a menudo afecta una de las extremidades (brazos, piernas, manos o pies).

La causa es desconocida: se sospecha de respuesta auto inmune o híper respuesta de los receptores del dolor en la parte del cuerpo afectada.

Evento sistémico:
Síndrome del dolor regional complejo

- Frecuentemente está acompañado por:
  - Dolor candente
  - Mayor sensibilidad de la piel
  - Cambios en la temperatura de la piel (más caliente o más frío en comparación con la extremidad opuesta), en el color de la piel (manchada, púrpura, pálida, o roja), en la textura (brillante y delgada, y a veces con excesiva sudoración)
  - Cambios en los patrones de crecimiento de las uñas y del vello
  - Inflamación y rigidez en las articulaciones afectadas
  - Incapacidad motora, con menos capacidad para mover la parte del cuerpo afectada.
  - El dolor puede se extender para toda la mano o pierna, aun cuando la herida original haya sido solamente en un dedo.
  - A veces el dolor puede propagarse a la extremidad opuesta.
  - El dolor se puede empeorar con el estrés emocional.

Evento sistémico: Descripción de la Taquicardia postural ortostática (POTS)

Es una condición rara en que hay una intolerancia ortostática, que es cuando un cambio desde la posición supina (como cuando se está acostado) a una posición vertical (al pararse) resulta en latidos rápidos del corazón (taquicardia) y en una disminución de la presión arterial.

La intolerancia ortostática provoca mareos, desmayos, y otros síntomas que pueden ser muy debilitantes e incapacitantes.

Afecta tanto a hombres como mujeres de todas las edades, pero la mayoría de los casos se diagnostican en mujeres entre 15 y 50 años.

Evento sistémico: Causa de la Taquicardia postural ortostática (POTS)

Se debe a una falla del sistema autónomo (la parte del sistema nervioso que regula las funciones involuntarias del cuerpo) pero **la causa es desconocida.** Sin embargo, en muchos casos los síntomas comienzan después de un embarazo, una cirugía mayor, un trauma, o una enfermedad viral y pueden empeorar antes de un período menstrual.

Evento sistémico: síndrome del dolor regional complejo y la taquicardia postural ortostática

- **NO hay evidencias que sean efectos directos de la vacuna VPH** en relación a otras enfermedades como el síndrome de dolor regional complejo (distrofia simpática refleja o CRPS por la sigla en inglés) y la taquicardia postural ortostática, (POTS, por sus siglas en inglés), a pesar de la dificultad de diagnóstico de las dos.

Prevención de episodios de síncope

- Informar sobre la vacuna (sin alarmar a la persona).
- Evitar los factores desencadenantes:
  - ayuno,
  - baja ingesta de líquidos,
  - ambientes calurosos,
  - ortostatismo prolongado.
- Siempre que se pueda se debe aplicar la vacuna en lugar privado, bien ventilado y la persona debe estar asentada.

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Oficina Regional para las Américas

Conclusión - recomendaciones

- Las vacunas VPH son seguras;
- Los eventos asociados a la vacuna son leves y moderados con evolución espontánea;
- La ansiedad por la inmunización puede ocurrir y debe ser prevenida;
- Una reacción relacionada con ansiedad es una de las hipótesis a ser probada. Sin embargo, deben ser descartadas las reacciones relacionadas con la vacuna o los errores de inmunización y que no hay eventos coincidentes que puedan explicar los casos.

Referencias Bibliográficas

- Andrews N. No increased risk of Guillain –Barré syndrome after a human papilloma virus vaccine: A self-controlled case-study in England. Vaccine 35 (2017) 1729–1732.
- CDC. Human Papillomavirus Vaccination – Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 2014; 63:1-30.
- WHO. Human Papillomavirus vaccines: WHO position paper, October 2014. WER 2014; 89(43): 465-491.
- WHO. Human Papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017. WER 2017; 92(19): 241-268.
- WHO. Global Advisory Committee on Vaccine Safety, 2-3 December 2015. WER 2016; 91(3):21-32.
- Donegan C. Et al. Bivalent human papillomavirus vaccine and risk of fatigue syndromes in girls in UK. Vaccine (2013), http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2013.08.024.
- WHO. Safety update of HPV vaccines. Meeting of the Global Advisory Committee on Vaccine Safety, 7–8 June 2017. WER 2017; 92(28): 393–404.

¡Gracias! Obrigada! Thank you!

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
Américas

Plan de comunicación para la vacuna contra el HPV

Pan American Health Organization

World Health Organization
REGIONAL OFFICE FOR THE Americas

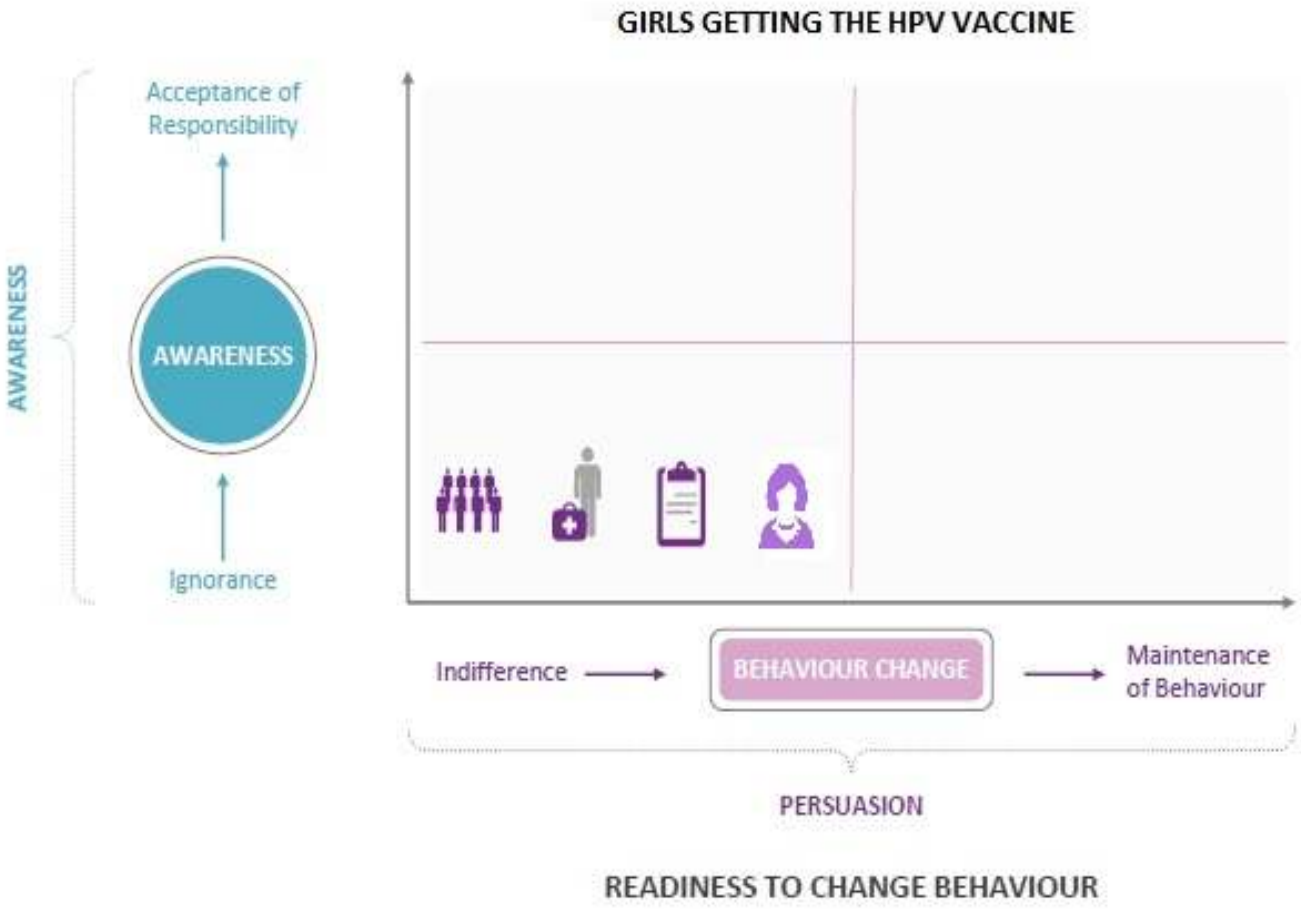
Objetivos

1. Conocer y refrescar los elementos básicos de un plan de comunicación
2. Comprender por qué nos comunicamos, conocer a la audiencia, generar mensajes que resuenen con la audiencia, idear estrategias y tácticas
3. Prepararse para comunicar durante crisis, reponder a la prensa

Por qué necesitamos un plan de comunicación?

?

Where are we now?



Por qué necesitamos un plan de comunicación?

Pasos de un plan de comunicación

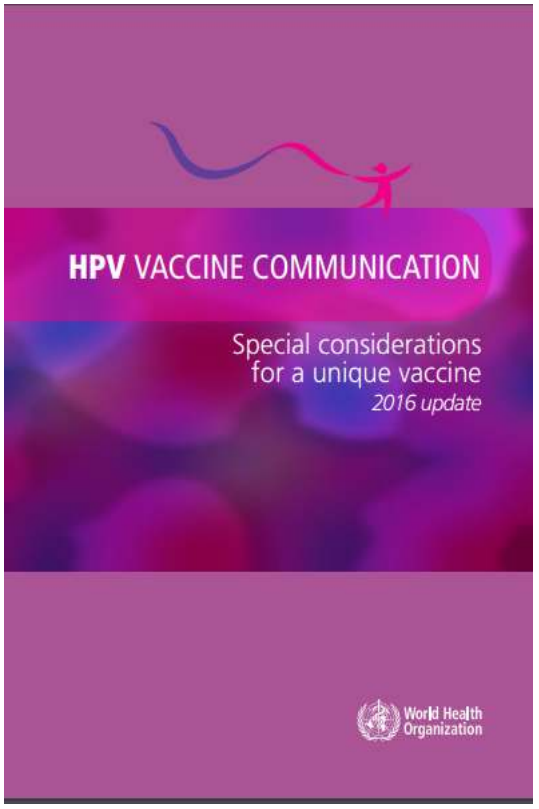
PLANIFICACIÓN
(DISENO)

ESTRATEGIA
(Implementación)

ANALISIS DE RESULTADOS
(Evaluación)

Elementos básicos de un plan de comunicación

1. Un equipo de comunicación
2. Objetivo técnico programatico
3. Análisis de la situación
4. Objeticos SMART (son específicos, medibles, alcanzables,relevantes y con tiempo establecido)
5. Audiencia objetivo
6. Mensajes para cada audiencia
7. Estrategias y canales para alcanzar audiencias
8. Materiales con la marca de la campaña
9. Un plan de comunicación de crisis
10. Plan de seguimiento y evaluación
11. Plan de trabajo con presupuesto



Caso

Un Ministerio de Salud acaba de descubrir que había un problema grave con un solo (y pequeño) lote de vacuna contra el sarampión.

Caso

- **¿Cuál es el riesgo desde la perspectiva del Director responsable del programa de vacunación?**

a. La campaña de vacunación contra el sarampión está amenazada

b. Responsabilidad legal de la autoridad de salud

c. Las autoridades serán criticadas

d. La confianza en los programas de vacunación se ve amenazada

e. Reacciones adversas

Caso

- **¿Cuál es el riesgo desde la perspectiva de una madre a punto de llevar a su hijo a vacunarse?**

a. La campaña de vacunación contra el sarampión está amenazada

b. Responsabilidad legal de la autoridad de salud

c. Las autoridades serán criticadas

d. La confianza en los programas de vacunación se ve amenazada

e. Reacciones adversas

Caso

- **¿Cuál es el predictor más fuerte del comportamiento individual?**

a. Normas sociales

b. Percepción del riesto

c. Orientación de expertos

Caso

- **Quién es fundamental para alcanzar nuestro objetivo sanitario?**

a. El director

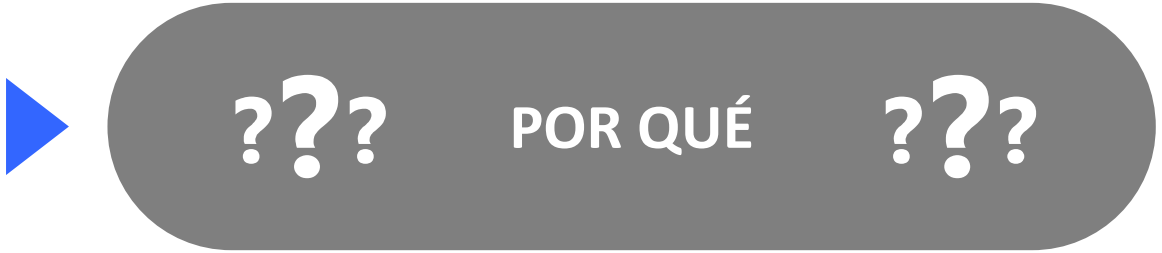
b. La madre

Tu turno!

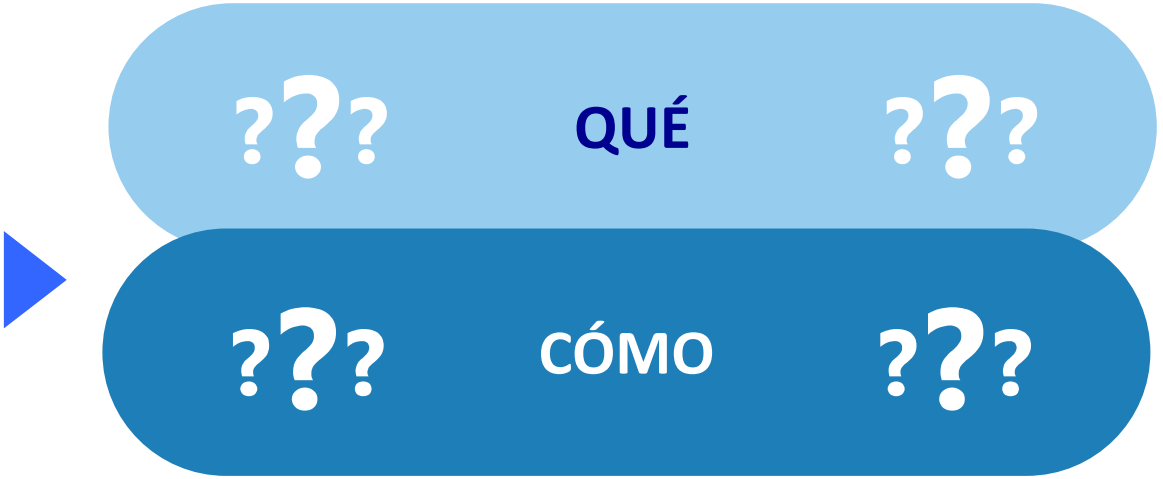
- Cierra los ojos y piensa en un desafío difícil de comunicación con el que te hayas enfrentado recientemente o en el que te involucrarás.

No siempre estamos seguros de por qué comunicamos

No demansiado foco aquí



Demasiado foco aquí



Consejo 1: Desarrollar un SOCO

Single

Overarching

Communication

Outcome

Resultado

Fundamental

de la

Comunicación

El SOCO es…

Una GUÍA para su comunicación expresada como…
… un CAMBIO que quiero ver en la audiencia.

El SOCO NO es su mensaje

Las preguntas más importantes que hay que hacerse son:

"¿Por qué estoy hablando/escribiendo/ respondiendo/exponiendo, etc.?"

"¿Qué cambio quiero lograr como resultado de la comunicación?"

Definir un SOCO

Preguntas:

1. Cuál es el punto central (tema-problema)?
2. ¿Por qué quiere centrarse en este punto y por qué en este momento?
3. ¿El comportamiento de quién debería cambiar (público destinatario)?
4. ¿Cuál es el cambio que quiere lograr en el público destinatario como resultado de la comunicación?

	SOCO	
Paso 1	¿Cuál es el punto central?	La resistencia a los antimicrobianos
Paso 2	¿Por qué quiere centrarse en este punto y por qué en este momento?	Cada vez hay más pruebas sobre la resistencia a los antimicrobianos. Por un lado, en muchos países los pacientes presionan a los médicos para que les receten antibióticos, incluso para infecciones víricas (en las que no serán eficaces) y, por el otro, cuando los antibióticos son necesarios, los pacientes no terminan el ciclo completo de tratamiento (por ejemplo, en el caso de la tuberculosis). Debido a esto, el tratamiento de algunas infecciones habituales que pueden ser mortales se torna cada vez más difícil, cuando no imposible.
Paso 3	¿El comportamiento de quién debería cambiar?	**Opción 1:** El de los pacientes y de sus familias **Opción 2:** El de los médicos
Paso 4	¿Cuál es el cambio que quiere lograr en el público destinatario como resultado de la comunicación? (ESTE ES SU **SOCO**)	Si es la opción 1: Que los pacientes no presionen más a los médicos para que les receten antibióticos cuando no son eficaces y que cumplan con el tratamiento completo cuando se necesitan antibióticos. Si es la opción 2: Que los médicos sólo receten antibióticos cuando existen indicaciones clínicas claras para su uso y que no cedan ante la presión de los pacientes.

Complete esta oración

El cambio que quiero ver en mi audiencia es _____

- … influenciado
- … donará fondos
- … se sienten seguros
- … reafirmaron sus creencias
- … convencidos
- … aceptan nueva política

Ejemplos:

El cambio que quiero ver es que:

Mi público destinatario (VERBO) (VERBO). -O- Mi público destinatario (VERBO).

X Y Z X Y

El cambio que quiero ver es que:

Los donantes se convenzan de dar fondos. -O- Los padres vacunen a sus hijos.

X Y Z X Y

Otro ejemplo de SOCO

- **Problema:** la prevalencia de la obesidad infantil está creciendo
- **Audiencia:** Ministerio de Educación
- **Información relevante para el público:**
  - La alimentación no saludable en la infancia contribuye a las enfermedades no transmisibles en la edad adulta
  - Las escuelas no ofrecen comidas balanceadas en los comedores
  - El gobierno se ha comprometido a alcanzar los objetivos de las ENT
- **¿Qué cambio quieres ver en tu audiencia?**
  Ministerio de Educación comienza a introducir comidas balanceadas en comedores escolares

Crear tu propio SOCO

1. Escriba el punto central
2. Por qué quiere concentrarse en este punto y en este momento?
3. El comportamiento de qué desearía cambiar? (audiencia)
4. Qué cambio quieres ver en tu audiencia como resultado de la comunicación (SOCO)

Para recordar

1. Qué es el SOCO?
2. Por qué es importante?
3. Cuándo hay que definirlo?

Gracias!

Sebastián Oliel
Comunicación OPS/OMS
oliels@paho.org

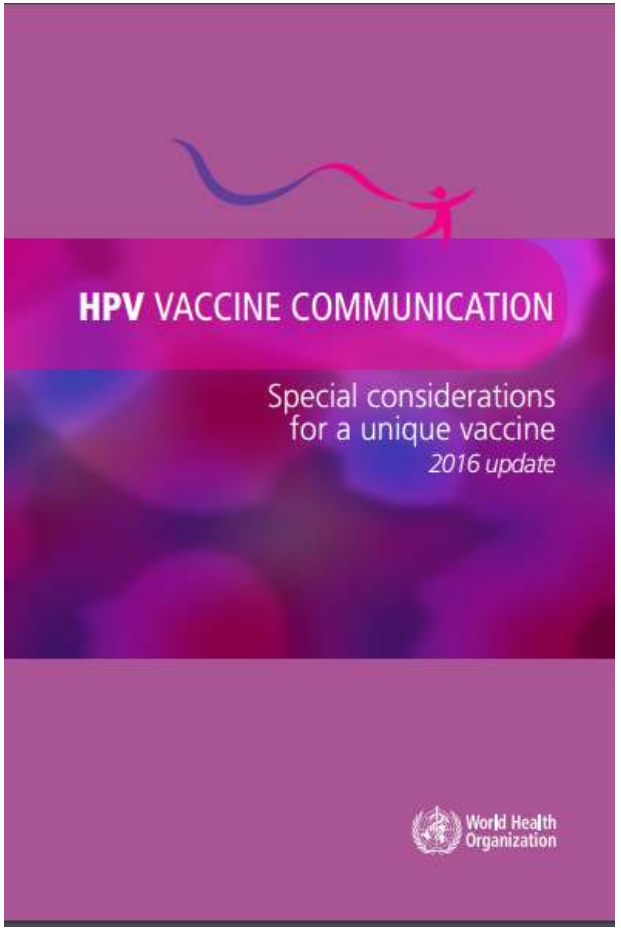
Pan American Health Organization

World Health Organization
REGIONAL OFFICE FOR THE Americas

Elementos básicos de un plan de comunicación

1. **Un equipo de comunicación**
2. **Objetivo técnico programático**

3. Análisis de la situación



Planificación/ Entender la situación

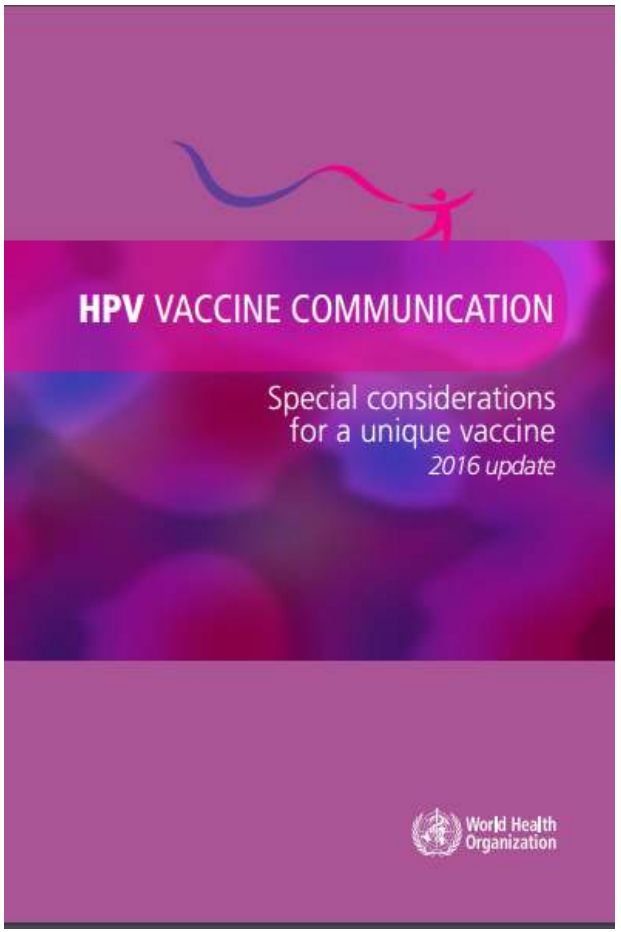
1. Estado actual de la vacunación, niveles de cobertura, tendencias, barreras
2. Comportamientos actuales dentro de una población específica
3. Factores que influyen en la práctica de estos comportamientos
4. Canales de comunicación a través de los cuales los miembros de la población se comunican y reciben información
5. Cuestiones relacionadas con el programa nacional de inmunización existente que podría afectar la adopción de una vacuna
6. Lo que se sabe sobre dudas con las vacunas en el país

Elementos básicos de un plan de comunicación

1. **Un equipo de comunicación**
2. **Objetivo técnico programático**
3. **Análisis de la situación**

4. Objetivos SMART

- **S**pecific – Específicos
- **M**easurable - Medibles
- **A**chievable - Alcanzables
- **R**elevant - Relevantes
- **T**ime-bound - Tiempo



Objetivos

Objetivos del programa (técnicos)

Se relacionan con el programa de inmunización

Ejemplo: Vacunar x% de las niñas de edad x contra el VPH en el primer año de la campaña con una dosis y x% con dos dosis

Objetivos de comunicación

Ejemplos:

1. Resaltar los desafíos relacionados con el cáncer de cuello uterino y la introducción de una vacuna para proteger a las niñas
2. Generar conciencia y movilizar a los padres y tutores en todo el país para la vacunación de sus niñas
3. Crear conciencia, educar y movilizar a los trabajadores de la salud sobre la vacuna contra el VPH
4. Involucrar a escuelas, médicos oncológicos, pediatras, organizaciones religiosas y otros socios en los sectores público y privado, y en la sociedad civil

Objetivos

Las campañas tienen que tener objetivos **claros**

Ejemplos:

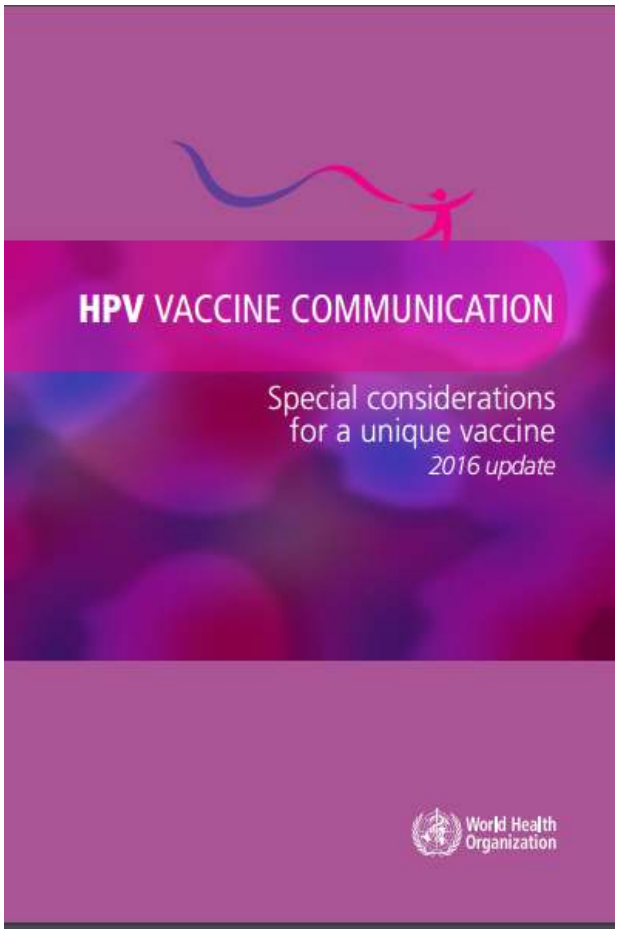
- Prohibir las minas de tierra
- Reducir los incidentes de tránsito bajo efectos del alcohol

Son: fáciles de entender, realistas y medibles.

Elementos básicos de un plan de comunicación

1. **Un equipo de comunicación**
2. **Objetivo técnico programático**
3. **Análisis de la situación**
4. **Objetivos SMART**

5. Audiencia objetivo



Identificación y segmentación de la audiencia

Hacer un análisis de los interesados directos y establecer opciones estratégicas para seleccionar el público destinatario

Entender por qué la audiencia olvida… y algunos consejos de comunicación para ayudarlos a recordar

La audiencia

¿Qué recuerdan de la sesión de ayer?

La audiencia tiene un lapso de atención muy corto

Nuestra audiencia vive en una nueva era

- **Hay demasiada:**
  - informaciòn
  - fuentes
  - contradicciones
  - distracticciones
- **Amplificadores:**
  - medios
  - politicos
  - Sector privado
- **Erosion de condianza**
  - expertos
  - Instituciones
  - Gobiernos

Today a person is subjected to more new information in a day than a person in the middle ages in his entire life!

Por eso la identificación y segmentación de la audiencia será clave para romper con ese ruido y persuadir a nuestro público objetivo.

¿El público en general?

¿O necesitamos persuadir a un pequeño grupo de personas que pueden generar los cambios que necesitamos?

El truco es identificar quiénes son.
Pueden ser 5, 50 o 5000 personas.

Ejemplo: campaña Dale un respiro al pez espada.
Quién es responsable de la pesca en el pais?
Quién toma las decisiones sobre el consumo de alimentos?

Consejo de aprendizaje para ayudar a la memoria: crea una memoria episódica

- Los recuerdos son más fuertes cuando están asociados con …
  - Un evento o “episodio” : boda, carrera,
  - Experiencia personal
  - Información de nuestro interés

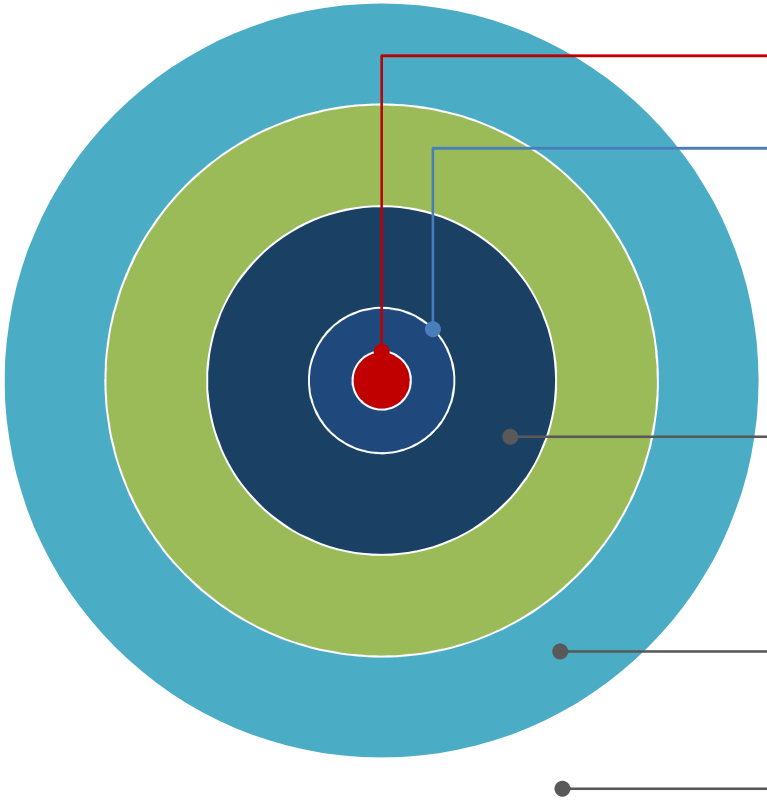
¿Qué hay para mí en esto que me están diciendo?

Tendemos a enfocarnos en lo que nosotros sabemos y no siempre consideramos por qué n uestro mensaje es importante para quienes nos están escuchando.

"Si quieres persuadirme, piensa en mis pensamientos, siente mis sentimientos y habla mis palabras".

Cicero

Visualizando la audiencia – El círculo de los públicos de interés



Problema de salud

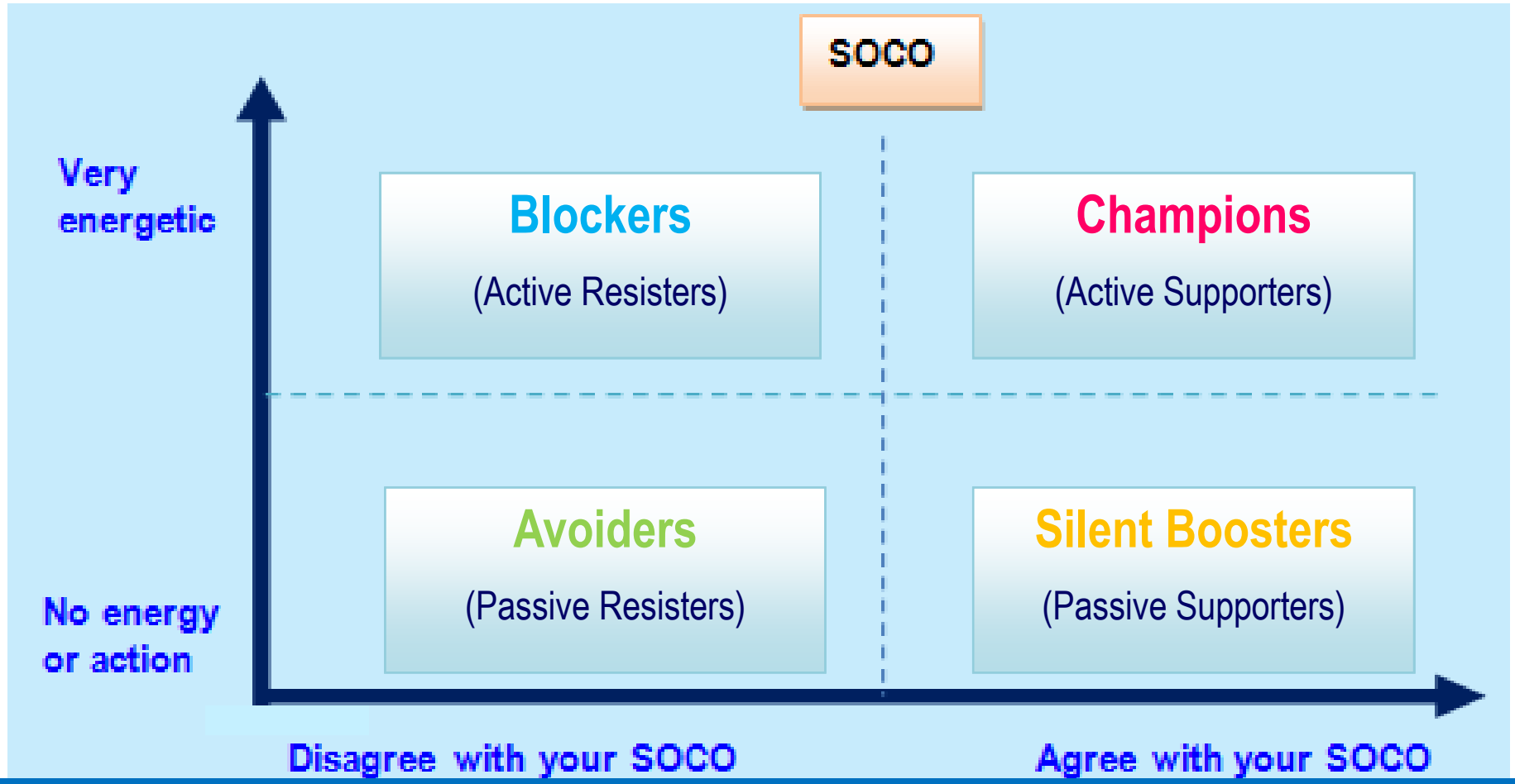
Tomadores de decisiones: departamentos / jurisdicciones que tienen un papel principal o compartido en la regulación del riesgo

En mayor riesgo: las partes interesadas que se ven más afectadas por el problema de riesgo y su gestión y que tienen que tomar algún tipo de decisión o cambio de conducta para minimizar su riesgo

Interesados activos: individuos o grupos que tienen una participación en el problema, pero que no están directamente involucrados

Audiencias: medios en general, otros departamentos gubernamentales y agencias y asociaciones interesadas que no participan activamente en el problema o su gestión

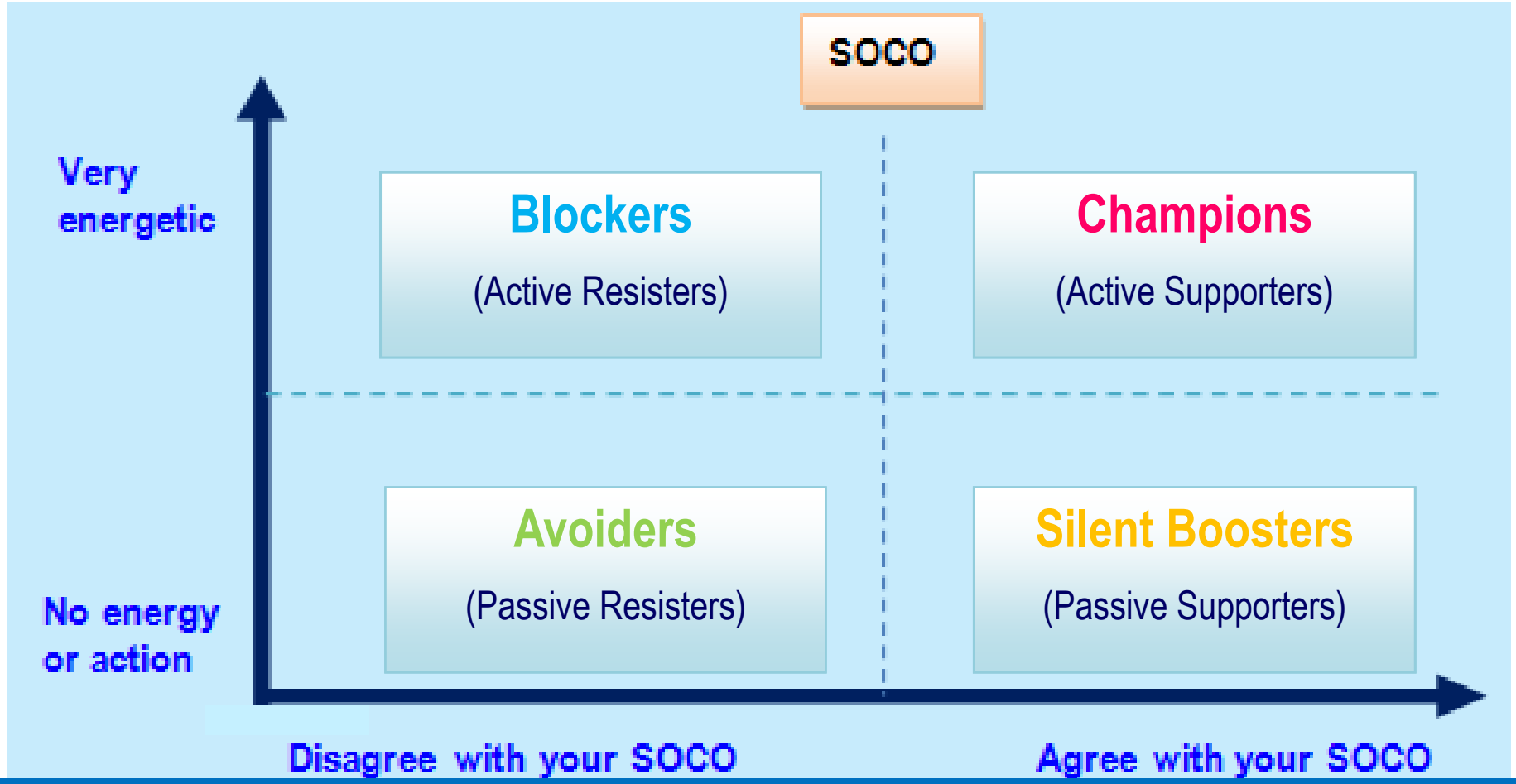
Análisis de audiencias



Su turno!

- Formar seis grupos
- Hacer un análisis de audiencia en función de los siguientes escenarios:
  - Introducción de la vacuna en el país
  - Tras crisis con la vacuna
  - Sin crisis, pero hay bajas coberturas de segunda dosis
- Definir un SOCO para cada uno

Análisis de audiencias



Estrategias de comunicación

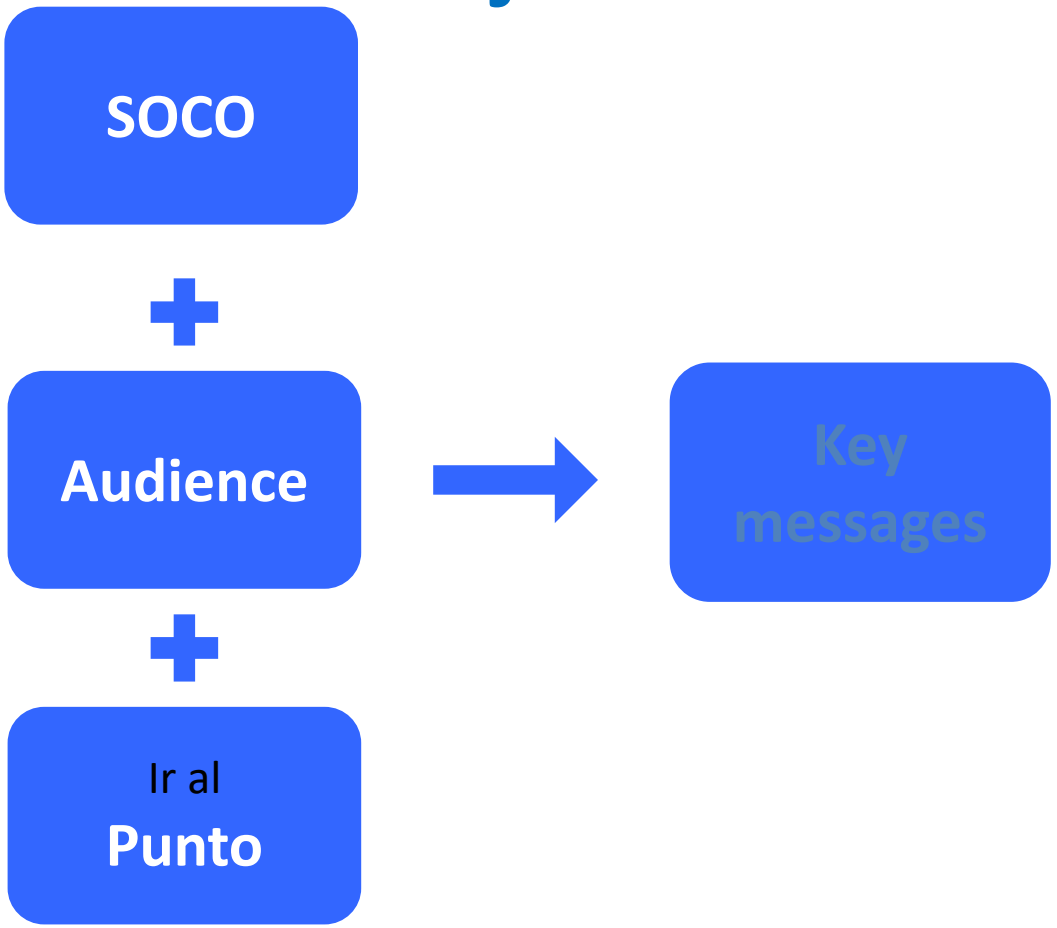
Bloqueadores • Monitorear lo que dicen y quién los escucha • Ignorar si no son influyentes • Enfrentar si su influencia es significativa • Contrarrestar dando hechos y enlistar campeones	**Campeones** • Darles información • Reconocer su contribución • Dejar que ellos defiendan tu causa
Evitadores • Informar o ignorar • Obtener una masa crítica de campeones para influir en ellos	**Promotores silenciosos** • Educar, habilitar, informar y motivar • Energícelos al involucrar a los campeones que admiran

Su turno!

- Ahora que su desafío de comunicación de salud pública tiene
- un SOCO y público objetivo,
- hagamos una entrevista ...

Ahora ya tiene la base para desarrollar mensajes

Incluso si la presión recae sobre usted, tómese un tiempo para prepararse antes de desarrollar los mensajes



Recordar

- Es más fácil motivar a alguien alrededor de algo sobre lo que ya creen que convencerlos de algo nuevo.
- Identificar los valores de nuestra audiencia nos ayudará a persuadirlos. También a prevenir o refutar mensajes de nuestros oponentes hacia ellos.
- Piense en forma estratégica acerca de su audiencia y las mejores formas de llegar a ella.
- Escuche a la audiencia y preste atención a cómo percibe el problema
- Usar mensajes que resuenen con la audiencia, no con las personas dentro de su organización.

Solo después de eso podrá pasar a generar mensajes efectivos.

Gracias!

Sebastián Oliel
Comunicación OPS/OMS
oliels@paho.org

Pan American Health Organization

World Health Organization
REGIONAL OFFICE FOR THE Americas

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud

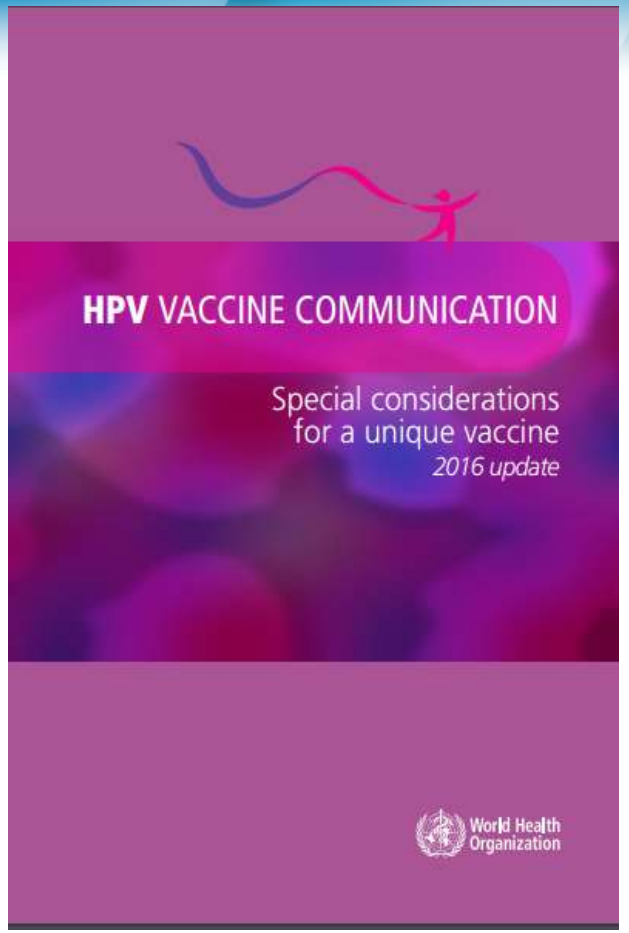
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Claves para el desarrollo de mensajes

Antigua, Guatemala. Octubre de 2017

Elementos básicos de un plan de comunicación

- Un equipo de comunicación
- Objetivos del programa
- Análisis de situación
- Objetivos SMART
- Audiencia objetivo
- **Mensajes para cada audiencia**



Objetivos de esta sesión

- Obtener herramientas para el desarrollo de mensajes claves.
- Repasar algunos conceptos de la comunicación.
- Analizar aspectos para direccionar bien nuestros mensajes.

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

- Enlace a video:
- https://www.youtube.com/watch?annotation_id=annotation_268999747&feature=iv&src_vid=yTpnAtLpxUM&v=woAmdyZea7M

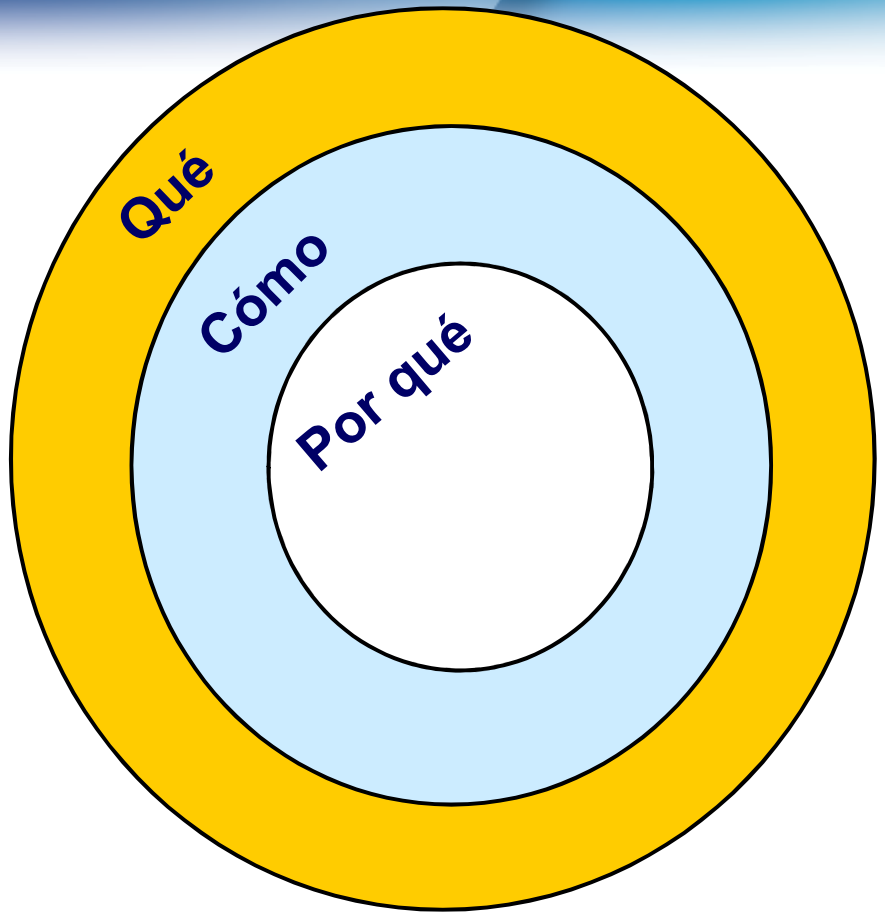
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

Desarrollo de mensajes

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
Américas

Mensajes: tener en claro…



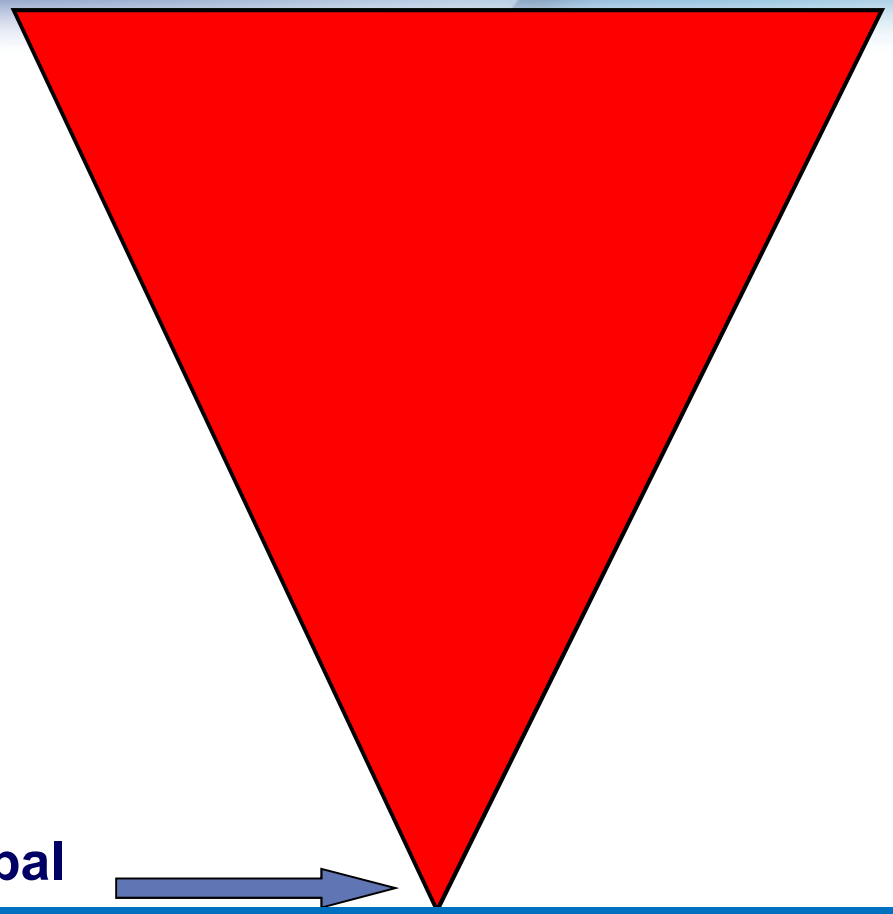
Siete claves para comunicación en salud pública

- Atraer la atención
- Claridad en los mensajes
- Explicar un beneficio
- Ser consistentes
- Dirigirse al **corazón** y a la **cabeza**
- Fomente la confianza
- Llamar a la acción

Organización Panamericana de la Salud

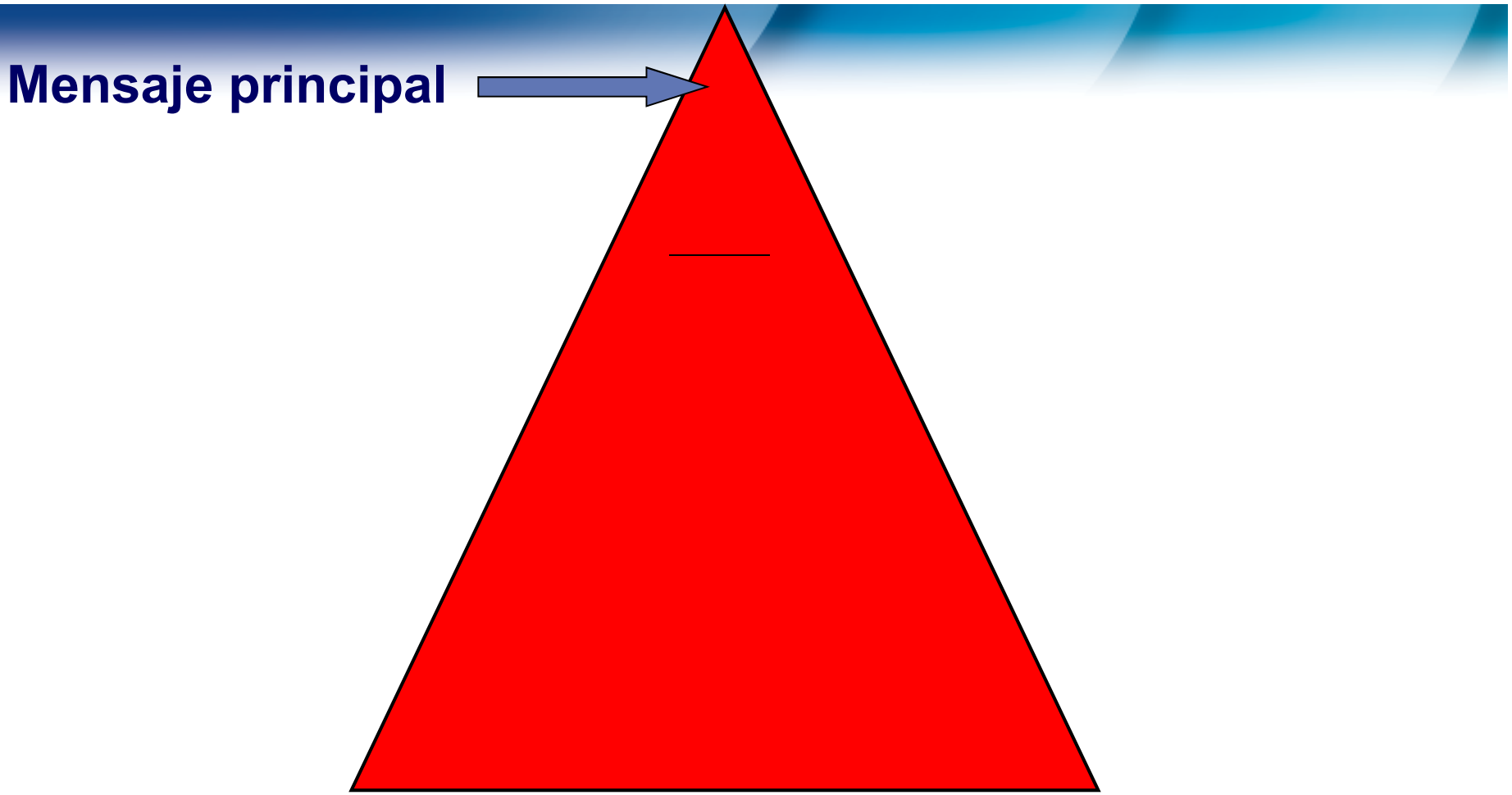
Organización Mundial de la Salud
Américas

Científicos y expertos suelen hablar así …



Mensaje principal

Sugerencia: Ir directo al punto!



Ir al punto es clave

- Definir **qué resultado queremos obtener con nuestra comunicación** nos ordena lo que queremos decir
- Ese resultado **nos muestra hacia dónde queremos ir** y nos devuelve al camino si nos fuimos por las ramas.
  - Al tener claro lo que queremos plantear, podemos llegar allí rápido.

Vaya al punto enseguida.

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

Mensajes Claves

Hacer un resumen de los **3** mensajes claves que serán usados en entrevistas/presentaciones

- Determinar esos **mensajes claves** previo a la entrevista.
- Deben ser **sencillos, directos, al punto (memorables)**
- Deben **resumir lo principal** que quiera decir sobre ese tema
- Trate de decirlos en el transcurso de la entrevista

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
Américas

Talking Points

Resumen de **3 mensajes claves** que serán utilizados **repetidamente** en todo tipo de entrevistas

Explique:

- ¿Por qué esto es importante?
- ¿Por qué ahora?
- Aborde las razones y/o los beneficios.

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud Américas

Talking points- 3 puntos

- El problema
- La solución
- La respuesta y la acción

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

Para cada uno, 1-3 pruebas

El problema	• Hechos, datos • Contexto
La solución	• Acciones • Atractivas, aplicables
La respuesta	• ¿Qué estamos haciendo? • ¿Qué pueden hacer otros?

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud Américas

Algunas pistas para armar puntos claves

- Piense en los tres puntos claves **que quiere que las personas conozcan** (problema, solución y respuesta).
    - Argumentos de apoyo: Si alguien lo quiere cuestionar, *¿qué hechos o ejemplos podría usar para respaldar su mensaje clave?*

- Lea los puntos en voz alta: recuerde que deben tener tono coloquial, pero con afirmaciones contundentes/credibilidad

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

Otro método para los mensajes claves

ESCRIBA LOS TITULARES QUE QUIERE VER

1. XXXX
2. XXXX
3. XXX

Escriba tres cosas que necesita decir para llegar a ese titular

- **Relea para asegurarse que no haya jerga técnica**
- **Asegurese que son hechos y no su opinión**
- **Incorpore algunas estadísticas para apoyar las afirmaciones**

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

ELIMINAR LA JERGA

- El uso de la jerga inhibe la comprensión y la credibilidad
- Las **personas tienden a confiar más en la información que entienden con poco esfuerzo**.
- Las ideas deben ser claras, y el lenguaje y las imágenes utilizadas para comunicarlas deben facilitar la comprensión de los conceptos y la información.

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

¿Qué sucede cuando escucho jerga?

- Cuando uno escucha una palabra que no le es familiar, busca el significado en la memoria.
- **Dejan de escuchar** lo que se está diciendo.
- **Una sola palabra puede disminuir la comunicación de un concepto importante**

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

¿Cómo hacer su historia más atractiva?

- Enmarque sus datos en una historia. Vincule los datos a *cosas cotidianas/de la vida diaria*
- Explique los **conceptos (uso de estadísticas)**
- **Explique lo que el tema implica para los afectados**
- *Use el lenguaje de la audiencia*

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

Declaraciones

Las declaraciones que son: **CORTAS, FOCALIZADAS Y CLARAS** son las más fáciles de repetir y de recordar (particularmente en radio y TV)

- Use lenguaje simple- **EVITE LA JERGA**
- Use verbos positivos y activos
- Hable para un nivel entre 4to y 6to.
- **Regla 27/9/3 : 27 palabras; 9 segundos, 3 mensajes**

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud Américas

Mensajes

Usted tiene cero control sobre lo que escribirán los periodistas.

Tiene el 100% del control sobre lo que usted dice.

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
Américas

Desarrollo de mensajes

¿Se entienden estos mensajes?

- ✓ **Evitar la jerga y el lenguaje técnico**

¿Son mensajes completos, honestos y abiertos?

- ✓ **Reconocen lo incierto, los errores, lo que no se sabe**
- ✓ **No especulan**

¿Estos mensajes son respetuosos de las preocupaciones?

- ✓ **Preocupación por su salud, por la justicia, por el futuro**

¿Son mensajes sensibles de las prácticas culturales?

¿Expresan empatía con la audiencia?

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
Américas

… y no olvide validarlos

- Entonces… ¿se entienden?

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
Américas

Aspectos a tener en cuenta

- Usar un lenguaje apropiado de acuerdo a la audiencia a la que me dirijo.
- Preparar los mensajes claves con datos que apoyen el contenido. Validar los mensajes con una muestra de la audiencia a la cual se dirigen, para asegurarse que sean entendidos, aceptados y de que pueden llevar a las conductas deseadas.
- Asegurarse de que los mensajes ya probados sean utilizados por todos los socios involucrados en la comunicación para la introducción de la vacuna o la campaña de vacunación.

Vigilancia de la comunicación

- Una vez que desarrollamos los mensajes, establecer sistemas de monitoreo para ver cómo llegan a las audiencias claves:

- Medios de comunicación
- Redes sociales
- Encuentros con la comunidad

y equipos de salud

- Líneas gratuitas telefónicas de los países

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud Américas

Importante!

- Ajustar los mensajes de acuerdo a los cambios de escenarios
- Seguimiento de datos que

me muestran que tenemos que

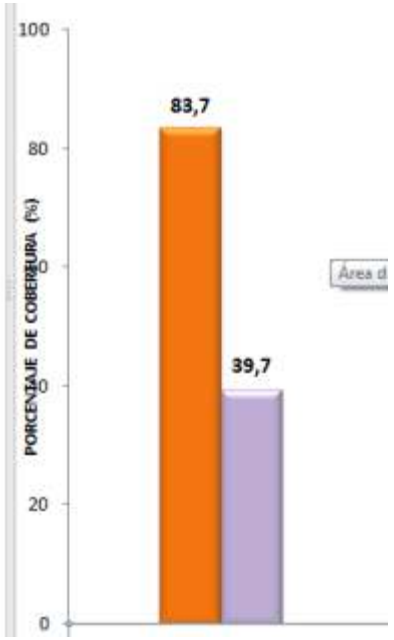
actuar en Comunicación:

- Diferencias de coberturas con otras

vacunas, seguimiento de dosis

- Diferencias de coberturas entre

niñas y niños



Otras vacunas vs. VPH

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud Américas

Audiencias claves de nuestros mensajes

- Varios estudios indican que una audiencia clave a concientizar son los equipos de salud. Sugieren incluso que la recomendación a aplicar la vacuna contra el VPH no es tan firme en relación a otras vacunas, lo cual impacta en la decisión de los padres.

- Un estudio hecho a 1.495 padres de adolescentes en EEUU indicó que sólo un tercio de ellos recibió recomendaciones de alta calidad sobre la vacuna contra el VPH. Esas recomendaciones se asocian positivamente a la aplicación de la vacuna.

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud Américas

Herramientas claves

- Internet y las redes sociales permitieron a los movimientos antivacunas difundir mensajes a un público más amplio y comunicarse directamente con personas con opiniones susceptibles de cambio.

Pero también…

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud Américas

Herramientas claves

- Las herramientas digitales proporcionan **una oportunidad** para que las autoridades monitoreen los planes de vacunación en tiempo real.

- La identificación de las preocupaciones del público en tiempo real puede **facilitar la respuesta** inmediata.

- Contar con historias en primera persona (ej: padres) puede ayudar a otros a **comprender la importancia** de la vacunación en un nivel más personal que genere identificación.

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

¡Muchas gracias!!

Maricel Seeger

Comunicación OPS/OMS Argentina

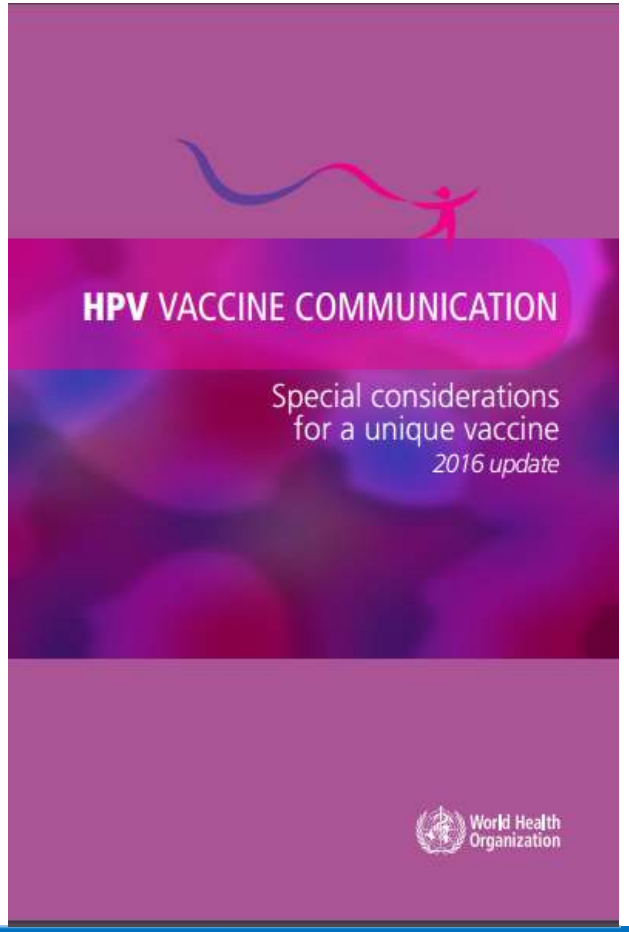
seegerm@paho.org / maricelseeger@hotmail.com

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud Américas

Elementos básicos de un plan de comunicación

- Un equipo de comunicación
- Objetivos del programa programme objective
- Análisis de situación
- Objectives SMART
- Audiencia objetivo
- Mensajes para cada audiencia
- **Estrategias, actividades y canales para alcanzar a la audiencia**



El éxito de la campaña dependerá de:

La vacuna
y la logística

Personal de
salud
motivado y
entrenado

Comunidad
educativa
involucrada

Aceptación
y demanda
del público

Estrategia: necesita una combinación de:

Abogacía/ Comunicación

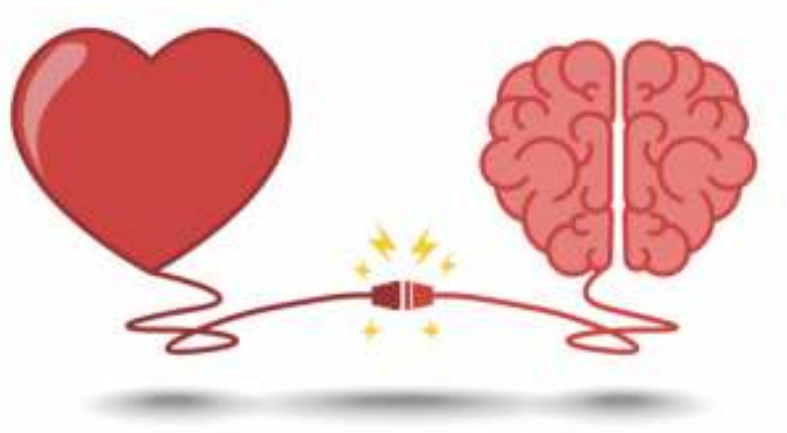
Movilización social/ Compromiso comunitario

Actividades de cambio social y de comportamiento

"Las personas parten de la premisa:
'si el público solo supiera la verdad, harían
lo correcto'.

Capturar los corazones, después las mentes

Necesitamos llegar a las personas desde el lado emocional, luego educarlos.



Primero los corazones, segundo las mentes

Campaña: Don’t Mess With Texas

Objetivo: Mantener a Texas limpio y ahorrar dólares

Audiencia: jóvenes de 15 a 24 años

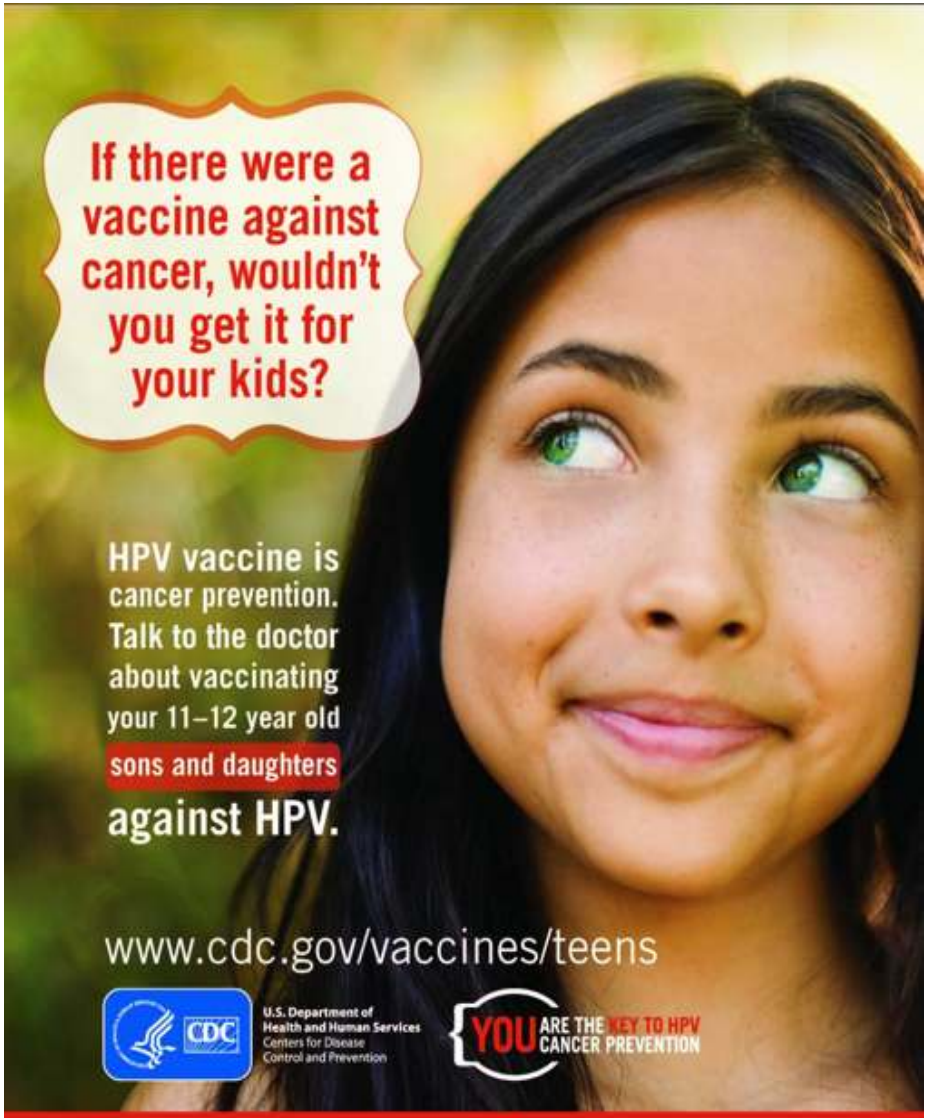
Mensaje: 'Vamos todos. ¡Pongamos la basura en su lugar´ o ´No se metan con Texas´

Estrategia: Llegar al corazón y apelar al orgullo de ser texano
https://www.youtube.com/watch?v=86dBWk8afEU

Ejercicio

Analizar los pósters y definir:

- Cuál es el SOCO
- Quién es la audiencia
- Qué estrategia hay detrás



Distributed by:

You're not opening the door to sex.

You're closing the door to cancer.

HPV vaccine is cancer prevention.

Talk to your child's doctor about vaccinating your 11-12 year old against HPV.

www.cdc.gov/vaccines/teens

CDC

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

YOU ARE THE KEY TO HPV CANCER PREVENTION

Distributed by:

Organization

Organization

Americas

NHS

Satellite TV in your bedroom, skinny jeans, the vaccine against cervical cancer.

If you're in Year 8, this is a big year at school. For one; you are not the youngest any more, and two; you will be able to have the HPV vaccine that protects against cervical cancer.

It's important, because the vaccine will help protect you and all your friends against cervical cancer.

Over the next three years, the vaccine will also be offered to other girls aged 13 to 18,* starting this year with girls who are aged 17 to 18.

Arm yourself against cervical cancer.

Your school or your local NHS will provide more information before the vaccination is due.

For more information about the HPV vaccine visit www.nhs.uk/HPV or call the helpline on 0845 602 3303.**

Only one of these must-haves is really a must-have.

The 3 most popular things parents want their daughters to be are:

a doctor, a lawyer, alive.

What could be worse than getting cervical cancer? Your daughter one day getting cervical cancer and knowing you could have helped prevent it.

Around 3000 women are diagnosed with cervical cancer every year in the UK and despite a successful screening programme, it kills around 1000.

It's caused by a virus called the human papillomavirus or HPV. The HPV vaccine protects against two strains of the virus, which are responsible for more than 70% of cases. It will save hundreds of women's lives a year.

The vaccine has passed the rigorous safety standards required for it to be used in the UK and other European countries.

HPV is sexually transmitted, so the vaccine is most effective when given before girls are sexually active. An annual vaccination programme for girls aged 12 to 13 (school year 8) is starting this autumn. The programme consists of three injections given over a period of six months.

Over the next three years, the vaccine will also be offered to other girls aged 13 to 18,* starting this year with girls aged 17 to 18.

Arm your daughter against cervical cancer.

Your daughter's school or local NHS will provide more information before the vaccination is due.

For more information about the HPV vaccine visit www.nhs.uk/HPV or call the helpline on 0845 602 3303.**

Estrategia de campaña - sector privado

VIDEO

Did you know mom, dad?

Merck

https://www.youtube.com/watch?v=sLB0MaY7luE

Actividades, materiales y canales para alcanzar a las audiencias

Actividades

- Reunión de sensibilización
- Sesiones de orientación

Entrenamientos

- Distribuir materiales
- Compromiso de celebridades
- Participación de los medios
- Lanzamiento de campaña

Materiales

- Folletos, carteles
- Aviso de bien público
- Infografía
- Contenido enredes sociales
- Mensajes de radio
- Comunicados de prensa
- Hojas de datos
- Preguntas frecuentes
- Videos
- Publicidad

Canales

-- Televisión
-- Radio
-- Teléfonos
-- Sitios web
-- Canales de redes sociales
-- Reuniones presenciales
-- Teléfono de línea directa
-- Juntas escolares
-- Tableros de la calle
-- Reunión de grupos comunitarios
-- Iglesias

La 'Regla de los Tres'

Se aplica para hacer que alguien actúe en función de una causa

La gente aprende por repetición

Si oyen hablar de eso una vez, pueden ignorarlo. Si oyen hablar de otra fuente, pueden detenerse y pensar. Si se enteran una vez más, es posible que realmente hagan algo.

La campaña nacional debe por lo tanto

1. Comunicar en un lenguaje simple que resuena con un rango de audiencias

2. Demostrar cómo el Ministerio de Salud está protegiendo el futuro de las niñas al introducir las vacunas contra el VPH

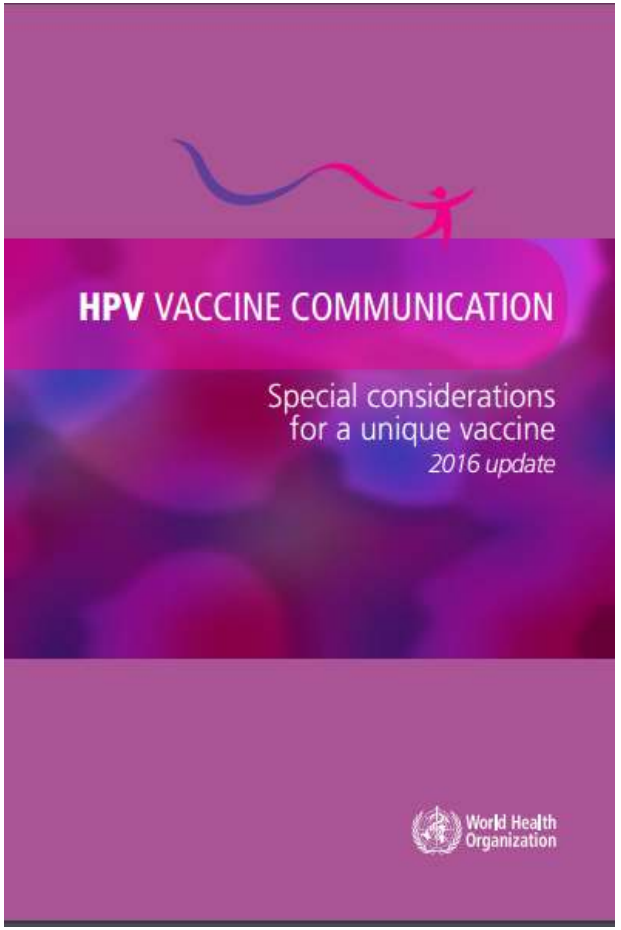
3. Alentar la responsabilidad tanto colectiva como de los padres al demostrar cómo la vacunación de sus niñas les evitará el cáncer de cuello uterino

4. Hacer hincapié en que esta acción simple y segura puede marcar una gran diferencia y una vida segura

Elementos básicos de un plan de comunicación

- Un equipo de comunicación
- Objetivos del programa programme objective
- Análisis de situación
- Objectives SMART
- Audiencia objetivo
- Mensajes para cada audiencia
- Estrategias, actividades y canales para alcanzar a la audiencia

- Materiales con la marca de la campaña



Creando un concepto de campaña

La campaña debe resonar con una audiencia diversa con un tema general que sea simple, memorable, relevante, culturalmente sensible y fácil de traducir. Debe tener tres objetivos clave:

MAKE IT RELEVANT

Hágalo relevante

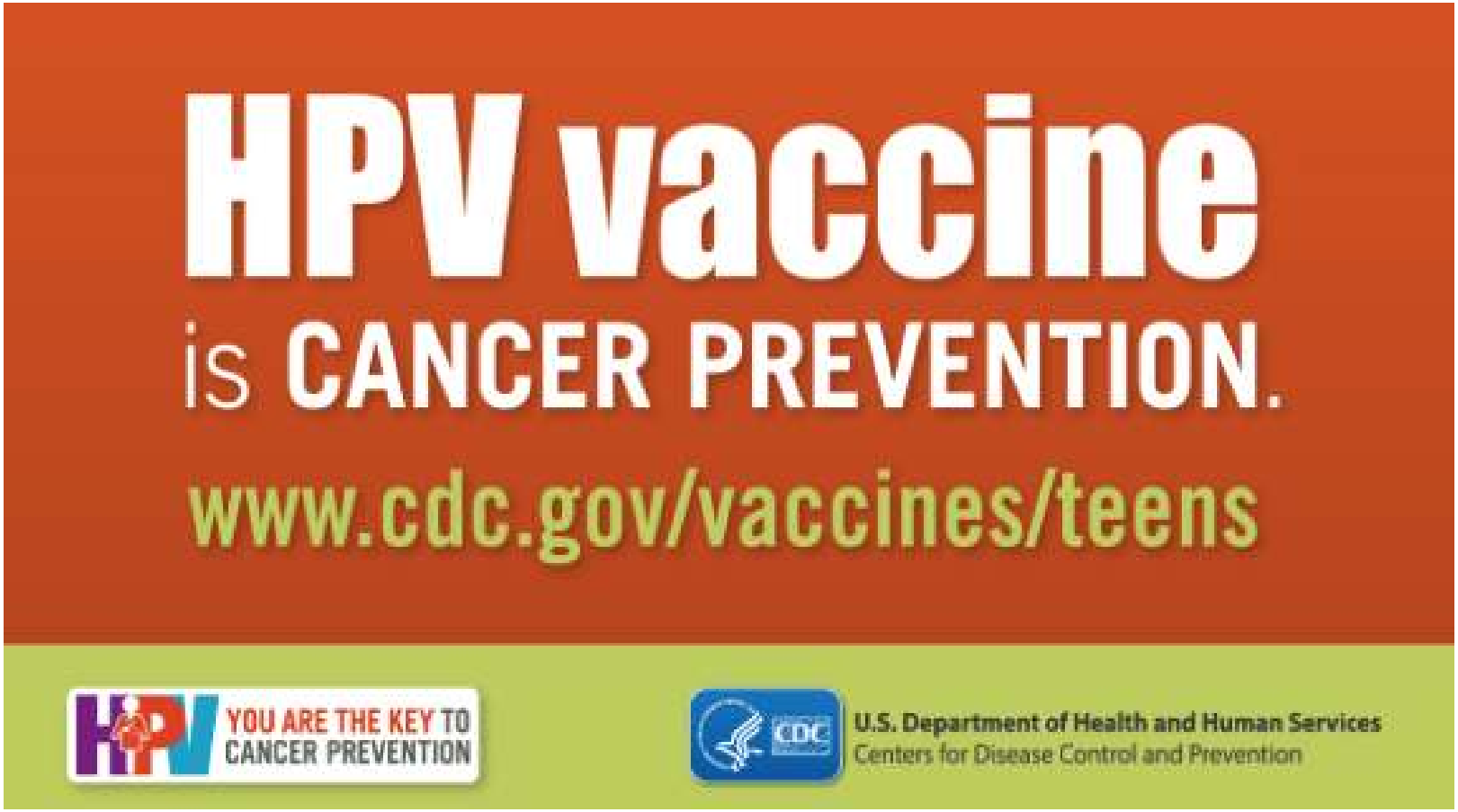
CALL FOR ACTION

Llame a la acción

SHARE THE SOLUTION

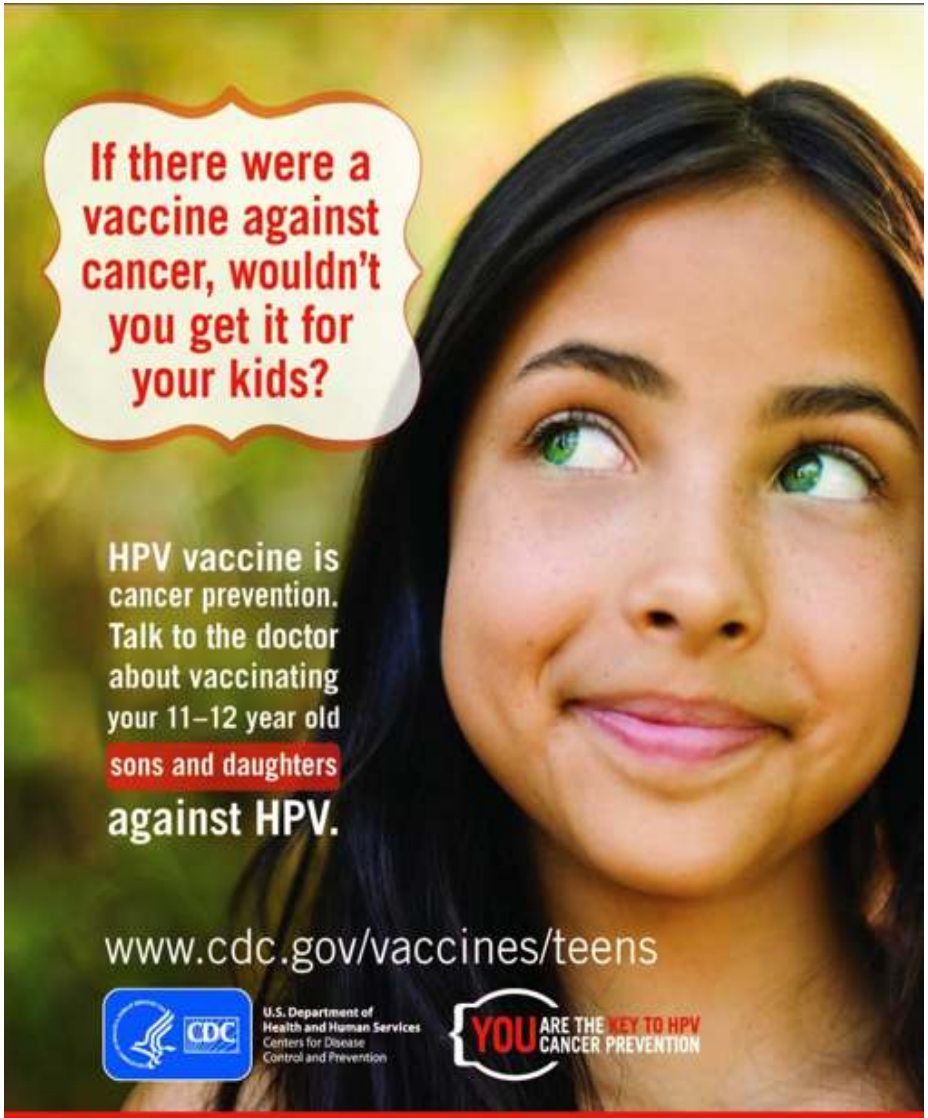
Comparta la solución

USA



Pan American Health Organization

World Health Organization
Regional Office for the Americas



Pan American Health Organization

World Health Organization
Regional Office for the Americas

You're not opening the door to sex.

You're closing the door to cancer.

HPV vaccine is cancer prevention.

Talk to your child's doctor about vaccinating your 11-12 year old against HPV.

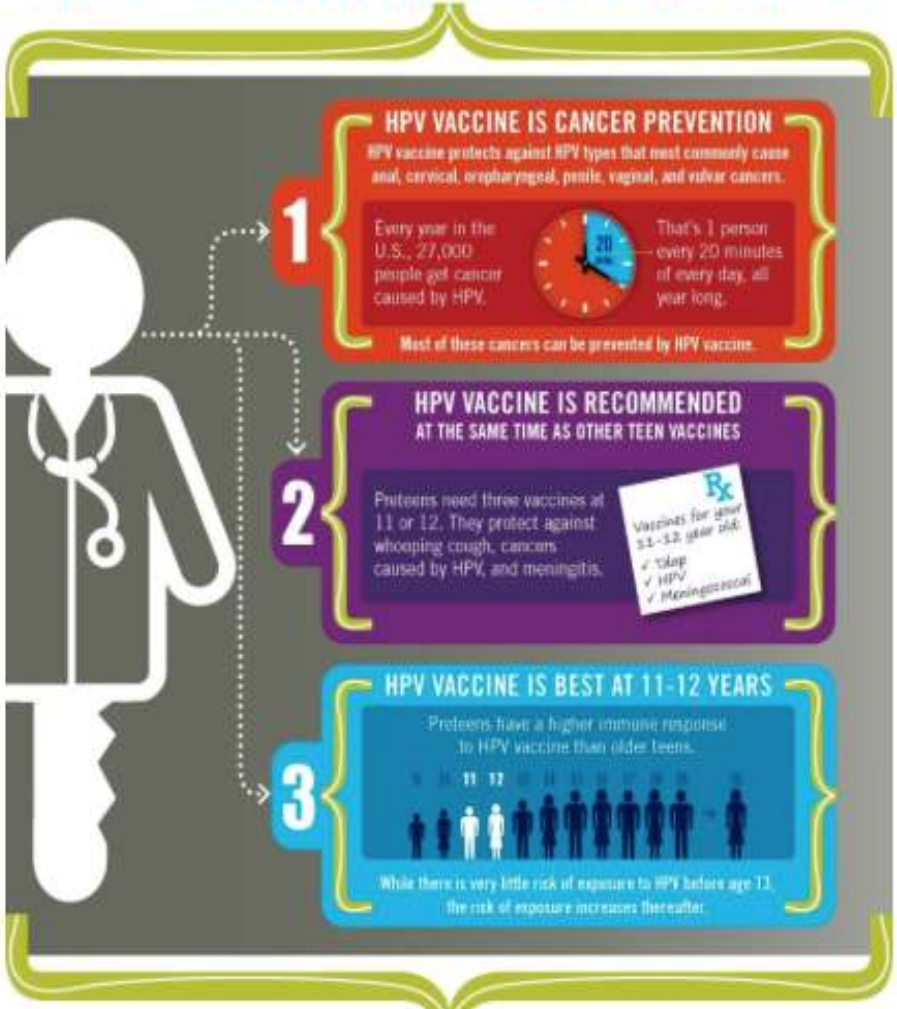
www.cdc.gov/vaccines/teens

Distributed by:

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

YOU ARE THE KEY TO HPV CANCER PREVENTION

HPV CANCER PREVENTION



Parents and healthcare professionals are the key to protecting adolescents from HPV cancers.

VACCINATE YOUR 11-12 YEAR OLDS.

www.cdc.gov/vaccines/teens

YOU ARE THE KEY TO HPV CANCER PREVENTION

UK

arm against cervical cancer

Beating cervical cancer

Pan American Health Organization

World Health Organization
Regional Office for the Americas

NHS

Satellite TV in your bedroom, skinny jeans, the vaccine against cervical cancer.

If you're in Year 8, this is a big year at school. For one; you are not the youngest any more, and two; you will be able to have the HPV vaccine that protects against cervical cancer.

It's important, because the vaccine will help protect you and all your friends against cervical cancer.

Over the next three years, the vaccine will also be offered to other girls aged 13 to 18,* starting this year with girls who are aged 17 to 18.

Arm yourself against cervical cancer.

Your school or your local NHS will provide more information before the vaccination is due.

For more information about the HPV vaccine visit www.nhs.uk/HPV or call the helpline on 0845 602 3303.**

Only one of these must-haves is really a must-have.

The 3 most popular things parents want their daughters to be are:

a doctor, a lawyer, alive.

What could be worse than getting cervical cancer? Your daughter one day getting cervical cancer and knowing you could have helped prevent it.

Around 3000 women are diagnosed with cervical cancer every year in the UK and despite a successful screening programme, it kills around 1000.

It's caused by a virus called the human papillomavirus or HPV. The HPV vaccine protects against two strains of the virus, which are responsible for more than 70% of cases. It will save hundreds of women's lives a year.

The vaccine has passed the rigorous safety standards required for it to be used in the UK and other European countries.

HPV is sexually transmitted, so the vaccine is most effective when given before girls are sexually active. An annual vaccination programme for girls aged 12 to 13 (school year 8) is starting this autumn. The programme consists of three injections given over a period of six months.

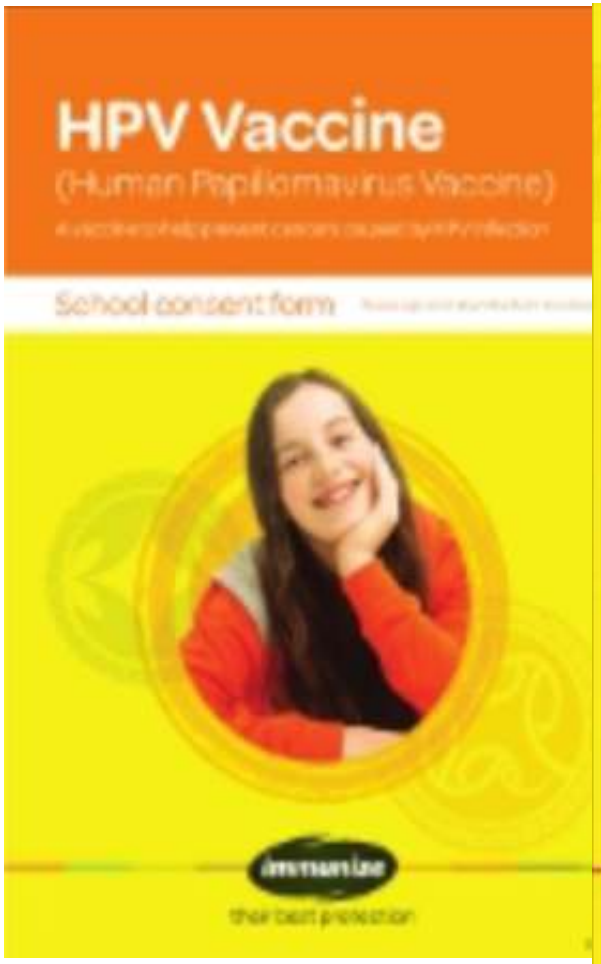
Over the next three years, the vaccine will also be offered to other girls aged 13 to 18,* starting this year with girls aged 17 to 18.

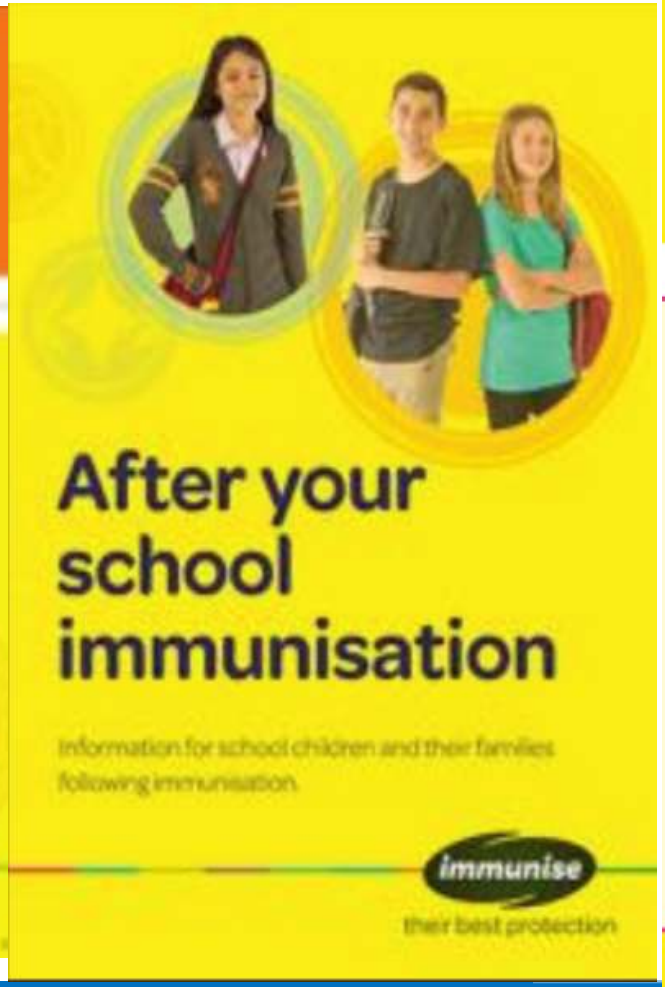
Arm your daughter against cervical cancer.

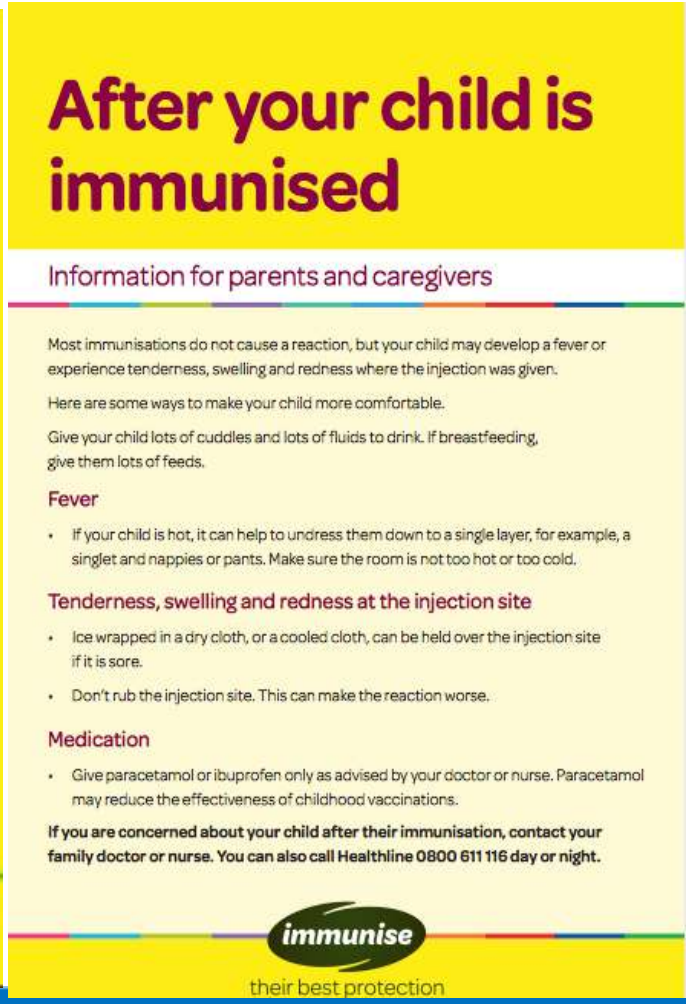
Your daughter's school or local NHS will provide more information before the vaccination is due.

For more information about the HPV vaccine visit www.nhs.uk/HPV or call the helpline on 0845 602 3303.**

New Zealand

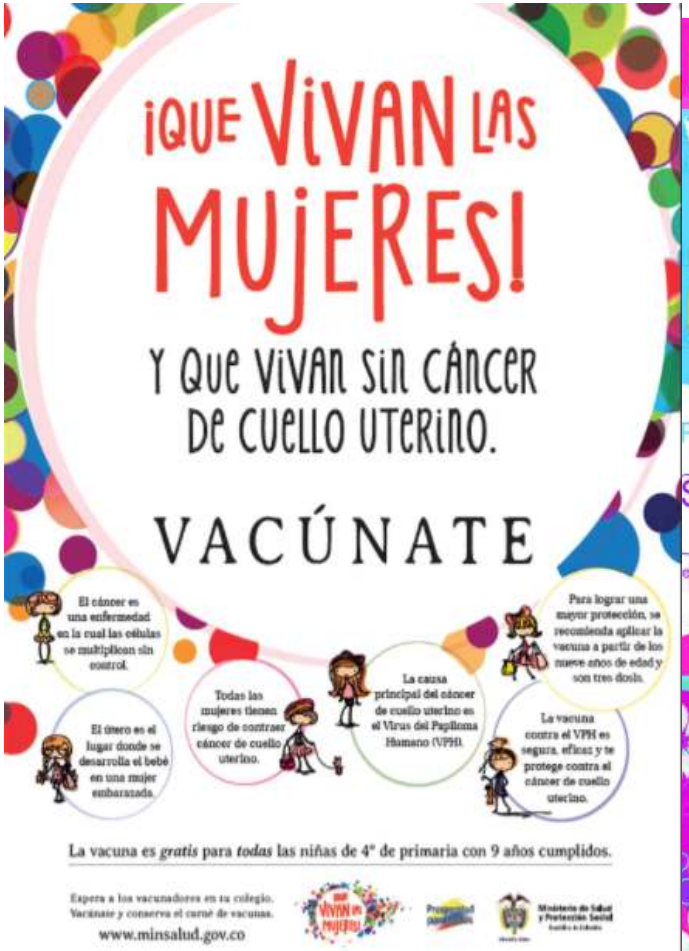






Pan American Health Organization

World Health Organization
Regional Office for the Americas



Pan American Health Organization

World Health Organization
Americas

Abordando las preocupaciones de los padres sobre la vacuna contra el VPH

Pan American Health Organization
World Health Organization
Regional Office for the Americas

Hablando con los padres sobre la vacuna contra el VPH

Los estudios demuestran que la aprobación enérgica de un médico es el factor más importante para determinar si los niños reciben la vacuna.

El lenguaje que se utiliza para presentar una vacuna y la confianza con la que un médico habla de ello marca una gran diferencia.

Solo otro pinchazo:

reformulando la presentación de la vacuna

Veremos 4 ejemplos humorísticos y luego 4 conversaciones en el consultorio médico que demuestran formas de bajo estrés para recomendar la vacuna contra el VPH y responder preguntas de pacientes y padres.

Departamento de Salud de Minnesota
http://www.health.state.mn.us/divs/idepc/immunize/hcp/adol/hpvvideos.html

Hablando con los padres sobre la vacuna contra el VPH

Asegúrate de explicar:

- Para qué es la vacuna,
- Qué tan efectiva es,
- y por qué es tan importante

Hablando con los padres sobre la vacuna contra el VPH

UK - NHS

Cómo mantener a su hija segura: la vacuna contra el VPH para niñas

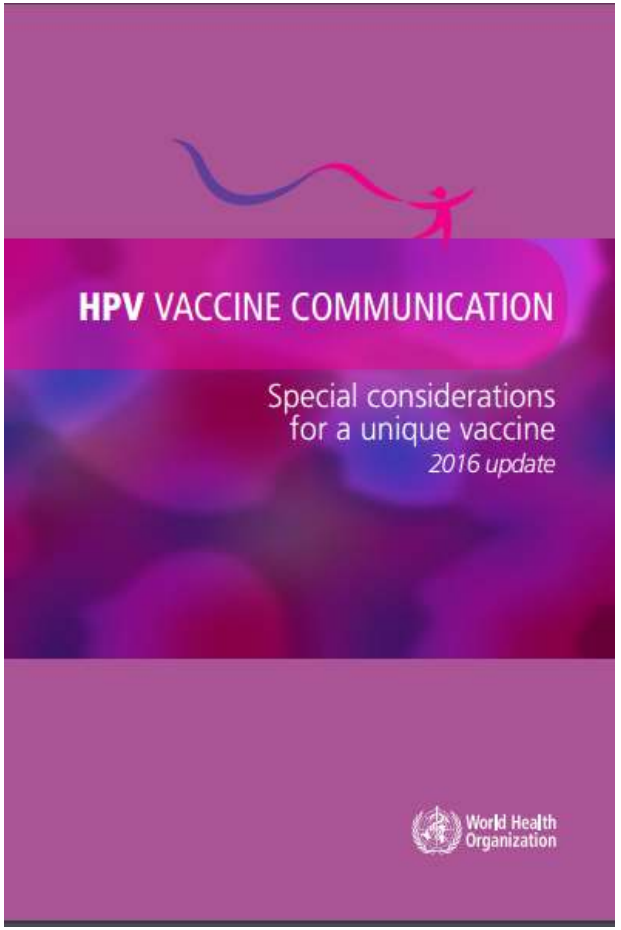
https://www.youtube.com/watch?v=2UQ1N7j9y3I

Hablando con los padres sobre la vacuna contra el VPH

3 maneras de manejar el miedo a la vacuna
https://www.youtube.com/watch?v=FQ4znfRL2eQ

Elementos de un plan de comunicación

- Un equipo de comunicación
- Objetivos del programa programme objective
- Análisis de situación
- Objectives SMART
- Audiencia objetivo
- Mensajes para cada audiencia
- Estrategias, actividades y canales para alcanzar a la audiencia
- Materiales con la marca de la campaña
- **Un plan de comunicación de crisis**



Crisis

Problemas con la vacuna y la logística

Personal de salud no motivado ni entrenado, mal pagado y agresivo

Comunidad educativa no involucrada

Rumores, falsas creencias y falta de aceptación publica

Actúe rápidamente y con responsabilidad

Conflictos:

logística, errores programáticos, mala calidad de los servicios, oposición

Pre crisis:

cuestionamiento público, conflictos largos, problemas relacionados con la salud no aclarados

Crisis:

Percepción o salud de las niñas afectada, dudas en la sociedad sobre la vacuna, falta de transparencia

Recordemos que …

Noé armó el arca …

…. antes del diluvio

- Las crisis de comunicación son **inevitables**

  Por eso es importante PLANEAR antes

- **Trasparencia y honestidad** son claves en una comunicación efectiva durante las crisis

Plan de crisis

- Nos **ordena** la forma en la que nos vamos a comunicar
- Nos obliga a **tomar decisiones** sobre comunicación
- Nos dice **cómo y quién** hará las cosas
- Nos plantea **objetivos claros** de hacia dónde vamos
- Nos permite tener **herramientas/procesos** para planificar

No entendemos el riesgo de la misma manera

El riesgo puede considerarse como la probabilidad de que ocurra algo malo cuando la gente está expuesta a un peligro

- **Expertos:** El riesgo es más alto cuando el peligro es grande

- **Público**: El riesgo es más alto cuando la preocupación-temor es grande

Las personas deciden cuán riesgoso es algo basados en sus niveles de alarma o miedo

Alarma **Percepción del riesgo**

Para fines de comunicación de riesgos

…

Riesgo
=
Peligro + Reacción emocional

Covello y Sandman, 2001.

El riesgo es menos aceptable para las personas cuando:

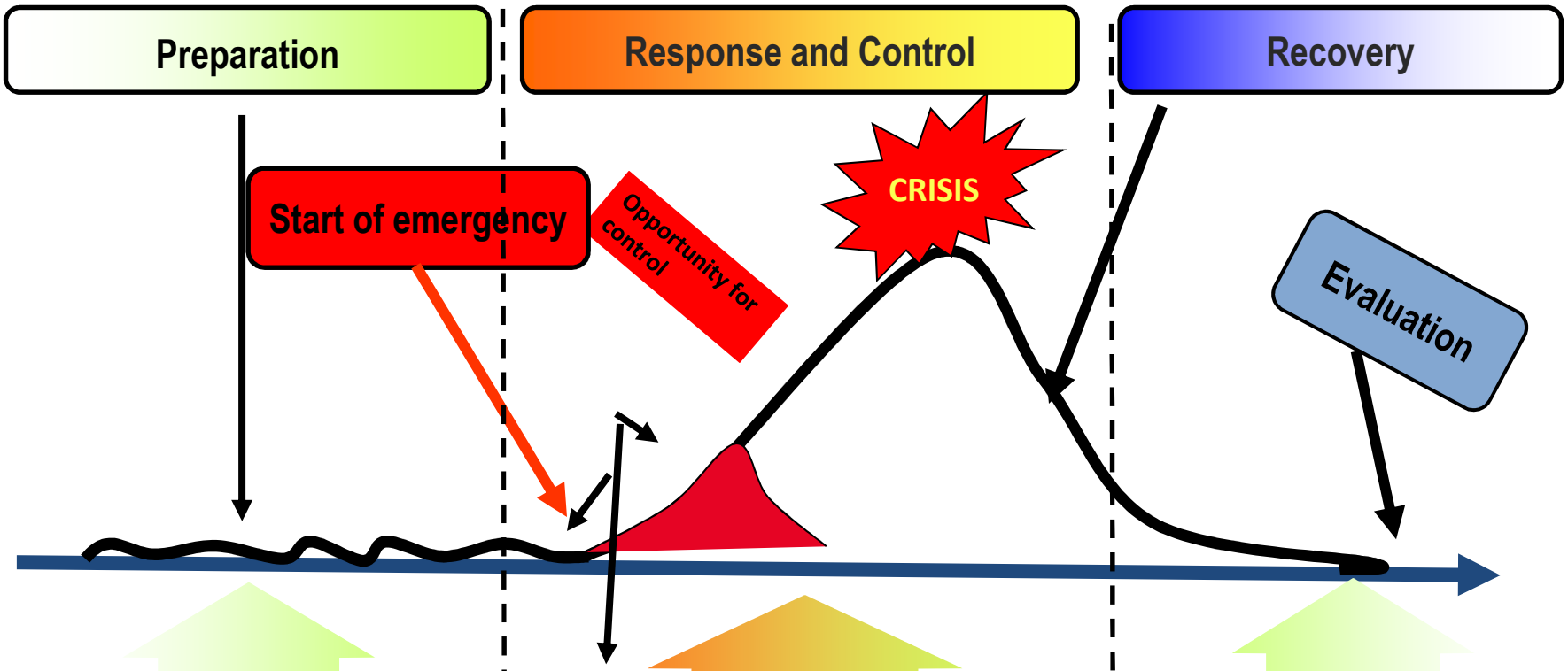
- Impuesto involuntariamente
- Incontrolable
- Éxotico o poco conocido
- producido por el hombre
- irreversible
- desastroso en escala (independientemente de la probabilidad)
- injustamente distribuido
- peligroso para los niños y las generaciones futuras; y
- poco comprendido.

La percepción

es

La realidad

Risk Communication for PHEs

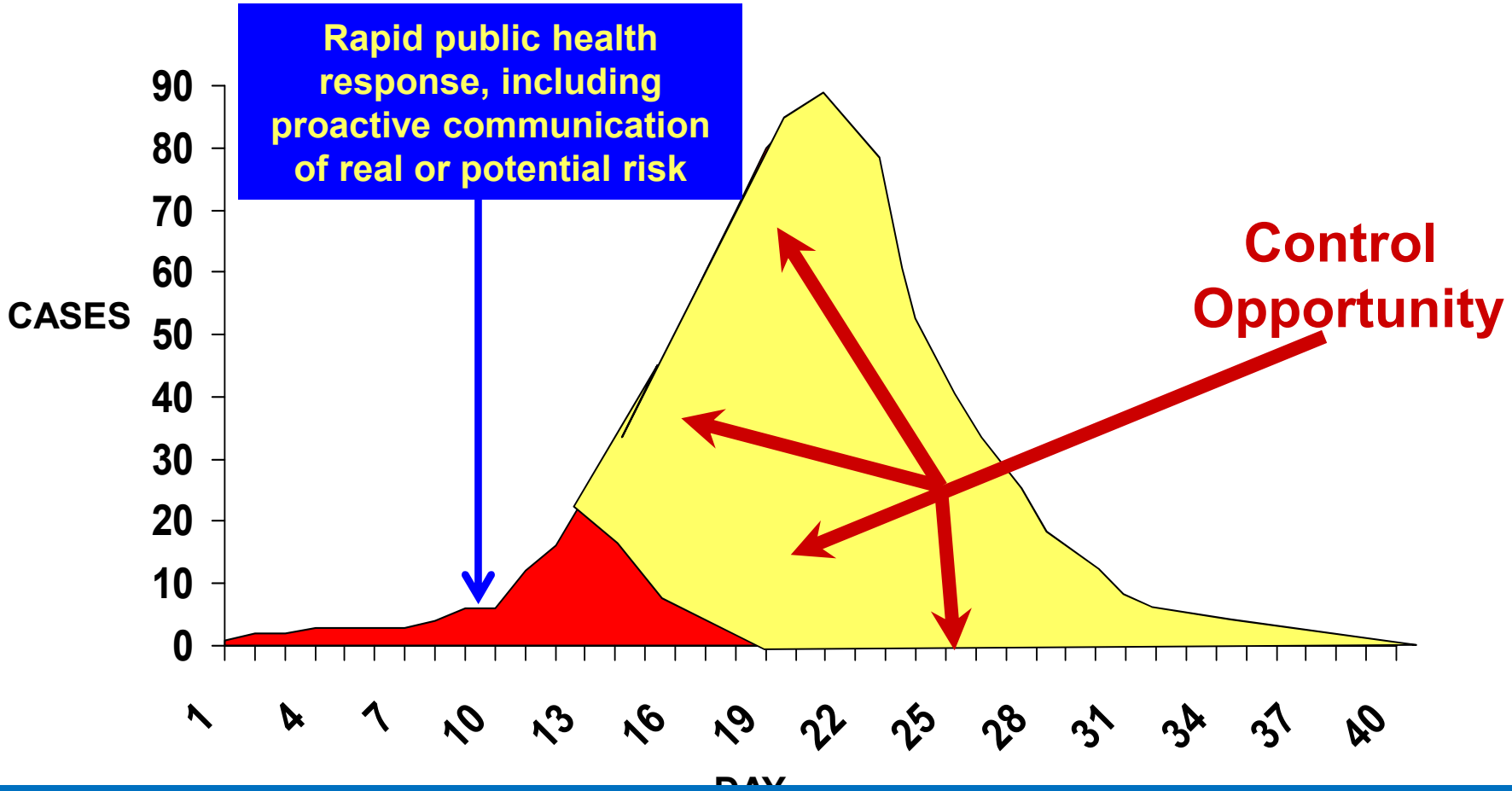


- Assess
- Coordinate: committee
- Crisis and media plan
- Listening mechanisms
- Message development
- Training

- Activate crisis plan
- Social mobilization
- Don't forget: decision-makers & health professionals
- Message Development

- Evaluate strategy & plan
- Document & share lessons learned
- Identify actions/plan better
- Use documents developed as templates for future

La comunicación proactiva es una oportunidad de control



Pan American Health Organization

World Health Organization
Regional Office for the Americas

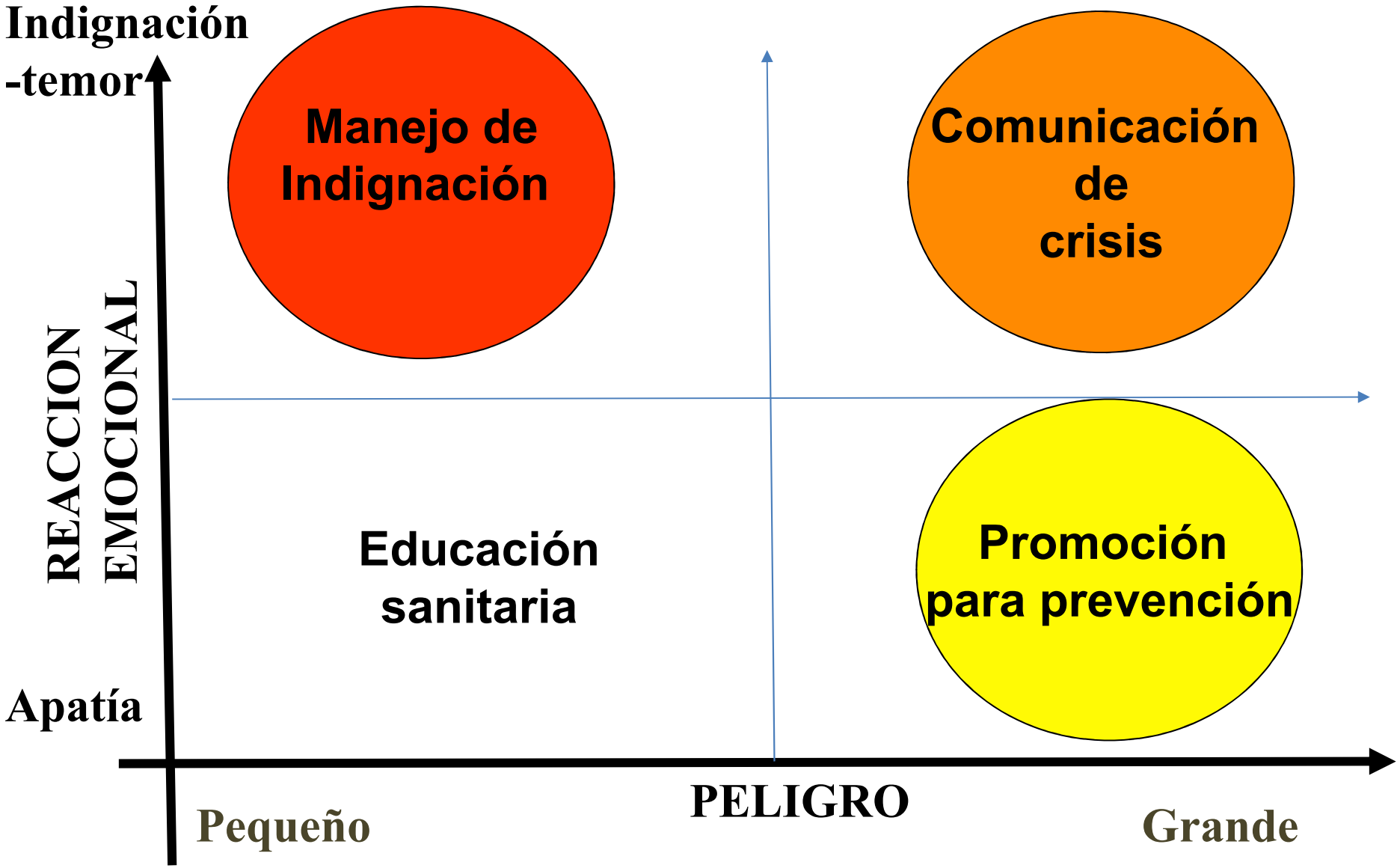
Bloques de construcción de la comunicación de riesgo:

- Información técnica
- Valores
- Confianza
- Credibilidad
- Expresión de cuidado

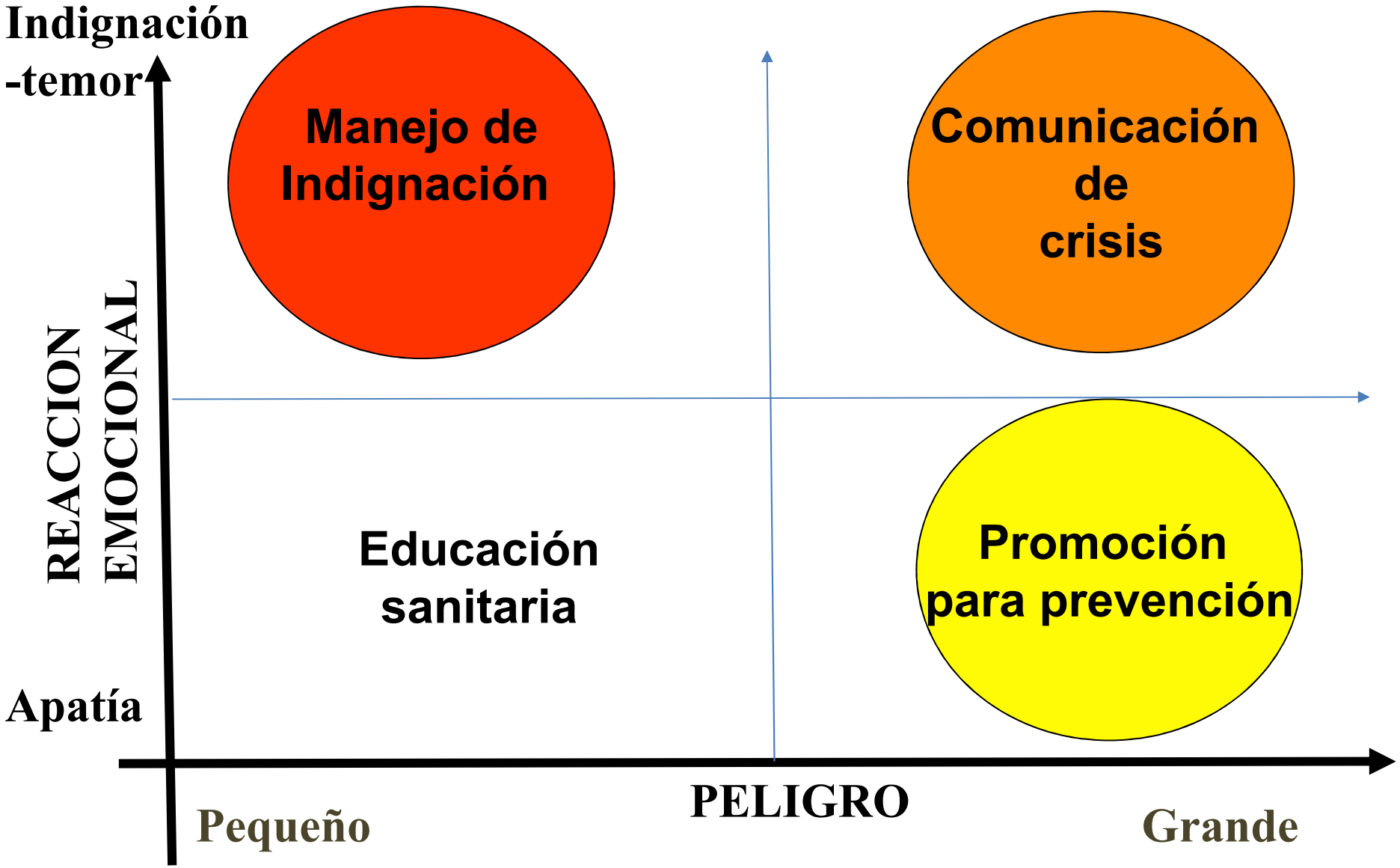
La confianza en las personas y las organizaciones es, con mucho, el factor más importante en la comunicación del riesgo.

Estrategias para la comunicación de riesgos

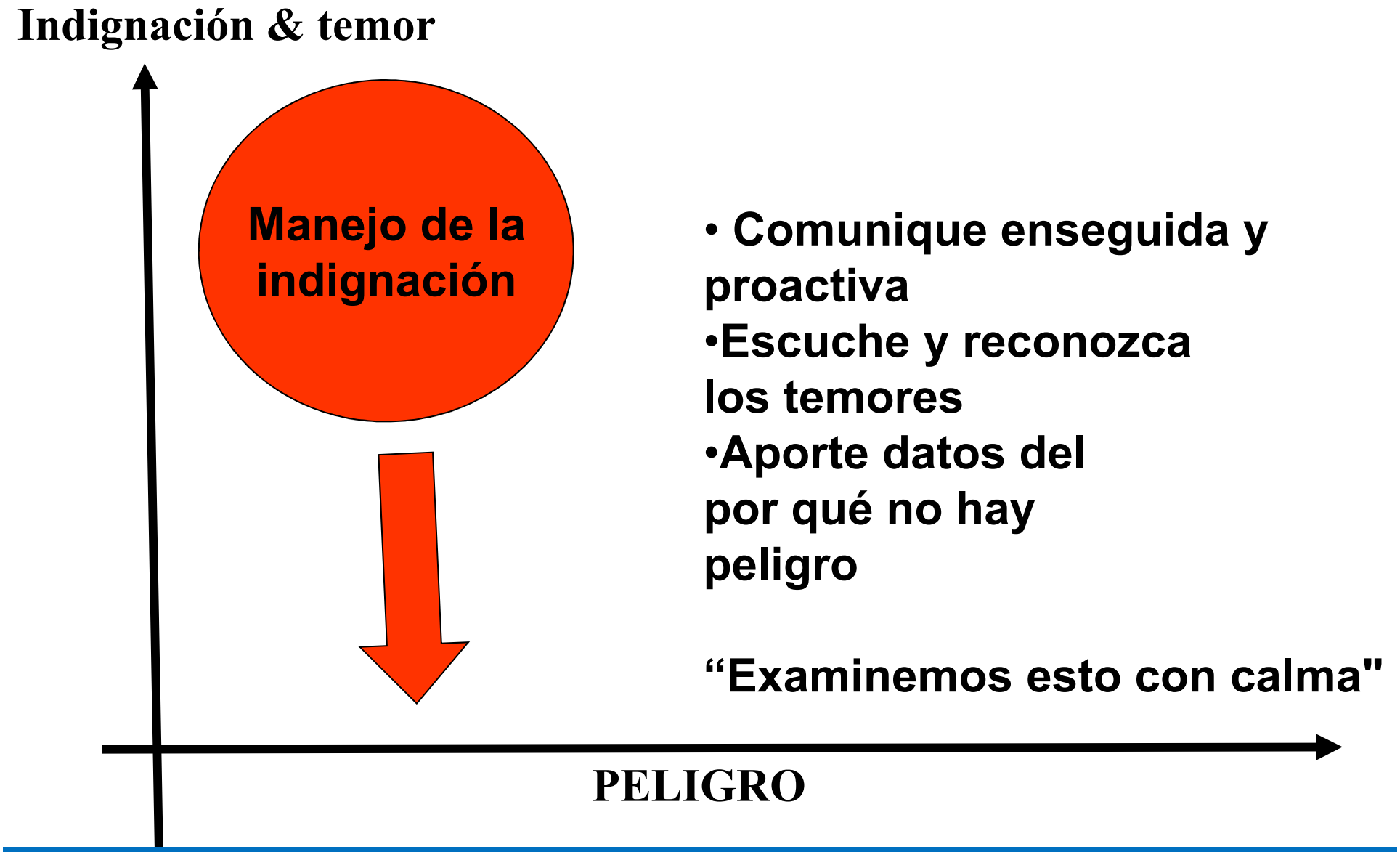
1. **Promoción de la causa con fines de prevención**
2. **Manejo de la indignación**
3. **Comunicación de crisis**
4. **Educación sanitaria**


Indignación
-temor
REACCION
EMOCIONAL
Apatía
Manejo de
Indignación
Comunicación
de
crisis
Educación
sanitaria
Promoción
para prevención
Pequeño
PELIGRO
Grande

Ejercicio – Ubicar el riesgo en la tabla


Indignación
-temor
REACCION
EMOCIONAL
Apatía
Manejo de
Indignación
Comunicación
de
crisis
Educación
sanitaria
Promoción
para prevención
Pequeño
PELIGRO
Grande

Indignación & temor
• Aumente la indignación del público a su grado de preocupación para que tomen acción
• Sea franco, transparente, use emociones y pruebas científicas
Cuidado! Podría ocurrir algo malo
Promoción para prevención
PELIGRO

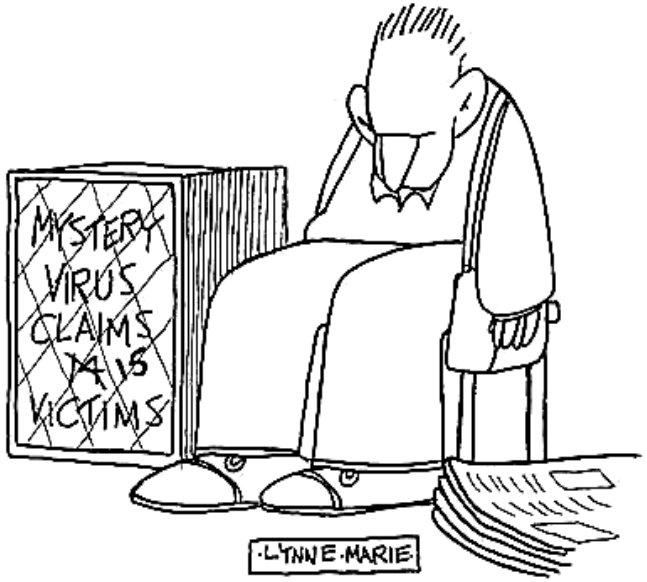


- Comunique enseguida y proactiva
- Escuche y reconozca los temores
- Aporte datos del por qué no hay peligro

"Examinemos esto con calma"

Principios de comunicación de brotes de la OMS

1. Confianza
2. Anuncio temprano
3. Transparencia
4. Escucha (vigilancia de comunicación)
5. Planificación



Rumores y gestión de crisis

- Planificar para la crisis: abordar rumores y desinformación
- Crear un comité de crisis
- Monitorear medios y redes
- Identificar portavoces: una voz
- Estrategias de respuesta, canales, mensajes, acciones

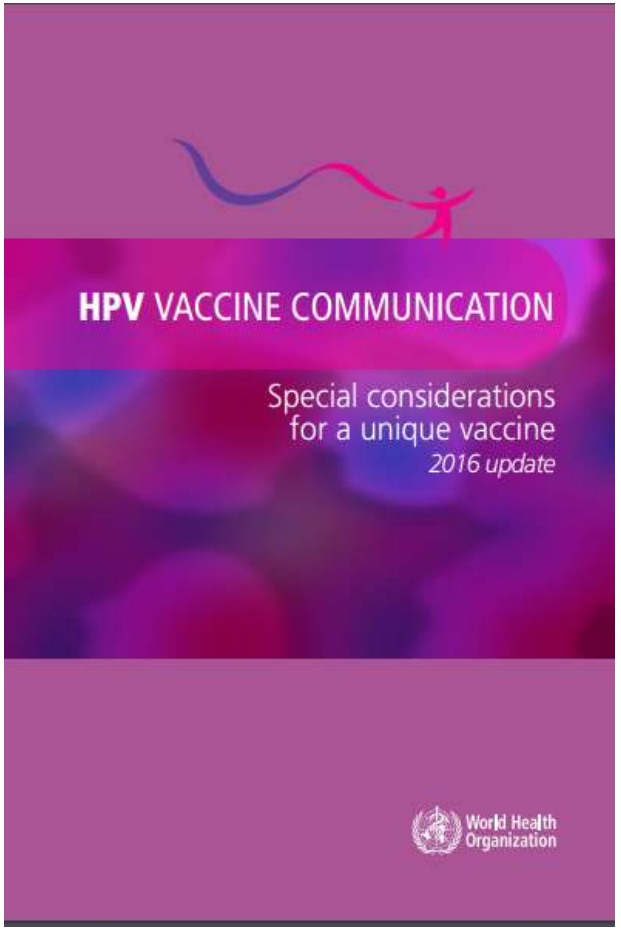
Rumores y gestión de crisis

- Crear confianza
- La percepción importa
- Evaluar el daño
- Redefinir su campaña, sus mensajes, sus productos

Cómo han manejado rumores en sus países?

Elementos básicos del plan de comunicación

- Un equipo de comunicación
- Objetivos del programa programme objective
- Análisis de situación
- Objectives SMART
- Audiencia objetivo
- Mensajes para cada audiencia
- Estrategias, actividades y canales para alcanzar a la audiencia
- Materiales con la marca de la campaña
- **Un plan de comunicación de crisis**
- **Monitoreo y evaluación del plan**
- **Plan de trabajo con presupuesto**



Plan de acción

CALENDARIO

Gracias!

Sebastián Oliel
Comunicación OPS/OMS
oliels@paho.org

Pan American Health Organization

World Health Organization
REGIONAL OFFICE FOR THE Americas

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Cómo actuar ante los medios de comunicación

Antigua, Guatemala. Octubre de 2017

Objetivos de esta sesión

- Analizar el abordaje mediático sobre la vacuna contra el VPH
- Obtener algunas claves sobre el accionar de los medios
- Incorporar herramientas para las entrevistas periodísticas y las preguntas difíciles.

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

La cobertura mediática en relación a la vacuna contra el VPH

Aumentan casos de niñas afectadas tras vacuna contra VPH

Nobel en Medicina defiende vacuna del VPH

Harald zur Hausen asegura que hombres y mujeres deberían vacunarse para prevenir la transmisión del Virus del Papiloma Humano, relacionado con el cáncer cervical.

La vacuna contra el VPH es segura y eficaz

A raíz de la nota publicada *Vacuna del HPV: asociaciones de víctimas en distintos países denuncian efectos adversos*, desde la Sociedad Argentina de Infectología y la Fundación Huésped pidieron el derecho a réplica para contestar algunos de los conceptos analizados en esa nota

PORTADA

Más de 110,000 niñas de entre 9 y 10 años recibirán segunda vacuna contra VPH

Padres de familia se rehusan a que se aplique la vacuna del VPH

Finaliza semana nacional de salud, y el problema no fue que las vacunas escasearan, sino que la comunidad no se acercó a que se aplicaran a los menores.

Cáncer cervicouterino: Segunda dosis de vacuna previene 80 por ciento de cepas del VPH

Vacunas contra el VPH: ¿son seguras en Europa?

El Defensor del Pueblo Europeo concluye su investigación sobre la recomendación de vacunas contra el VPH y el control de seguridad que realiza la Agencia Europea del Medicamento sobre las mismas.

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud Américas

¿Cómo fue la cobertura mediática en su país?

¿Principales desafíos?

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

¿Por qué nos relacionamos con los medios de comunicación?

- Para que nuestros mensajes lleguen a más personas
- Para llegar a más personas de una manera costo-efectiva y atractiva
- Para generar confianza en lo que hacemos y en lo que decimos
- Para informar y educar
- Para conseguir respaldo (cuando lo necesitamos)

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud Américas

¿Cómo son los periodistas?

- Personas como ustedes y como yo
- Bajo presión
- Tratando de llegar al final del día
- Esperando cumplir con lo que dicen sus jefes
- Curiosos

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
Américas

La vida de un periodista hoy

- Suele cubrir más de una área
- Escribe para más de un tipo de medio (diario/radio/TV)
- Está en un ciclo de 24/7 de producción de información
- Lo bombardean con comunicados, avisos a los medios, declaraciones (con pocas noticias)

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

¿QUÉ ES NOTICIA PARA ELLOS?

- Tiene el poder de **captar la atención** de sus lectores
- Es interesante para una gran proporción de su audiencia
- Es **objetivamente relevante**
- Es creíble
- Es ***nuevo y es actual***

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

¿Qué quiere un periodista?

- Cifras, cifras, cifras (que sean "actuales" y "confiables")
- Lo nuevo, lo que es inesperado, sorprendente o contra la "tendencia"
- Que se les responda su llamada rápido y hablar con un vocero "que vaya al punto"
- La controversia

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
Américas

¿Qué podemos ofrecer?

- Información sobre la vacuna y sus beneficios
- Comunicar ***acciones y resultados***
- Destacar **logros/hitos**
- Buscar las **historias que contextualicen** nuestra información (quizás desde el terreno)

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
Américas

Algunas limitantes

Los periodistas:

- No trabajan para la salud pública
- No siempre están *especializados*
- No siempre les **interesa** lo que tenemos para decir
- No somos los **únicos** que hablamos de salud
- No siempre ***destacan*** lo que queremos
- No tenemos los mismos **objetivos**

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

El papel de los voceros

- Comunican información que el público ***quiere saber*** o ***necesita***.
- Dan vida a la organización a la que pertenecen
- Generan confianza y credibilidad

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

Prepararse para las entrevistas

- ¿Cuál es la línea de las preguntas?
- ¿Quién es el periodista? ¿Cuál es su audiencia?

- ¿Están informados? ¿Han criticado antes su labor?
- ¿Es una entrevista que debería aceptar?
- ¿CUÁLES SON **SUS** MENSAJES?

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
Américas

¡Las entrevistas NO son conversaciones!

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

Otro punto para recordar:

La comunicación
cara a cara es:

55% expresión corporal

38 % Voz (el tono)

7% palabras …

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
Américas

Puntos simples a tener en cuenta durante una entrevista

- El trabajo de los medios de comunicación **es obtener una nota/historia/ noticia.**
- Para usted, el trabajo es contar **SU historia a SU manera.**
- No necesariamente hay que contestar la pregunta
- La única manera de mejorar al tratar con los medios es: **prepararse, ensayar y recibir feedback.**

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

REGLAS DE ORO

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

“Si”s en entrevistas

- Use oraciones cortas. Prepare expresiones atractivas para que se recuerden conceptos
- Use lenguaje sencillo y sea conciso
- Vaya al punto
- Trate de explicar cómo lo que usted dice puede afectar a la audiencia del reportero
- Mantenga la calma y el control de la situación
- Tenga sensibilidad y sonría cuando corresponda

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
Américas

“NOs” en entrevistas

- No diga “Sin comentarios”. Eso sigue siendo un comentario.
- No mienta
- No trate de responder si no sabe la respuesta.
- No hable “off the record”
- Nunca asuma que la cámara se apagó
- No especule
- Cuidado con las tácticas de los periodistas

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
Américas

Entrevistas en los diarios

- Más tiempo para responder
- Se pueden discutir los temas con cierta extensión y uno se puede corregir
- Uno puede revisar sus notas
- Puede entregar material para apoyar los datos

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
Américas

Entrevistas en radio

- Mayor alcance
- La audiencia no lo puede ver
- Es un estilo de conversación
- La radio achata (sea enérgico al hablar)
- Mantenga sus respuestas CORTAS
- Asuma que el micrófono siempre está encendido. Entrevistas breves

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
Américas

Entrevistas en TV

- No va a poder usar notas, así que esté preparado
- Actúe como si charlara con alguien ajeno al tema.
- Quizás tenga sólo 30 segundos
- Diga sus puntos principales enseguida
- No hable y hable (y hable...)
- Asuma todo el tiempo que está siendo grabado

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
Américas

Tipo de medio clave

A la hora de informar sobre la vacuna contra el VPH …

- Medios especializados en información para las madres, como blogs y webs, que muchas mujeres consumen y confían.
(Mensajes de Whatsapp para grupos de madres).

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud Américas

Tácticas de los reporteros
Preguntas Especulativas
Preguntas con supuestos
Preguntas sobre rumores
Preguntas negativas
Alimentar el micrófono
Ponen palabras en su boca
Hechos falsos e información incorrecta

Técnicas para voceros

> **Bloqueo**

> **Haciendo puente**

> **Enganche**

> **Enumerando los puntos**

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud Américas

Técnicas de Transición

Permiten hacer el puente hacia terreno familiar/a salvo

1. Reconozca la pregunta del periodista de manera apropiada

2. Use alguna oración "puente" que le permita hacer pasar su respuesta a la seguridad de sus mensajes claves

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

Preguntas especulativas

Preguntas	Respuestas
¿Qué pasaría si___?	No me gustaría especular sobre este punto. Los hechos son___
¿Cómo piensa usted que sucedió esto …?	Es importante que nos manejemos con los hechos como los conocemos, y los hechos son_____
¿Podría aventurar una razón de cómo pasó esto_____?	Es demasiado pronto como para aventurar algo. Haremos una evaluación completa y así sabremos lo que sucedió.

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
Américas

Preguntas sobre rumores

Preguntas	Respuestas
• Juan Pérez de UNICEF dijo que _____ • Una fuente del Ministerio de Salud de la Nación dijo que___ • ¿Cómo responde al líder de la oposición que dijo que_____? • Fuentes oficiales admiten que no se actuó con rapidez …	Esta es la información que tenemos: Me atengo a los hechos, y éstos son_____ Los hechos indican: Esto es lo que sabemos_____ No puedo hablar por otros, pero puedo decir que …

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
Américas

Preguntas negativas

Preguntas	Respuestas
• ¿Podría haber sido esto otro desastre? • ¿Por qué la vigilancia epidemiológica que hace el Ministerio está por debajo de los estándares normales en otras provincias?	Permitame explicarle los hechos sobre los que tenemos información_____ (No repetir el comentario negativo o palabra negativa. Corregir la imprecisión)

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud Américas

Poniendo palabras en su boca

Táctica/Pregunta	Respuesta
• "Entonces la baja moral en su organización está afectando a la salud pública, ¿no?	"Veamos cuál es el tema aquí, si me permite"… Enfatice ahí una respuesta positiva… (Reconozca que el periodista busca que usted use palabras que no diría. No discuta con él. Vuelva a sus mensajes).

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
Américas

Preguntas sobre supuestos

Táctica/Pregunta	Respuesta
• Reportero le da información totalmente falsa para ponerlo a la defensiva. • ¿No es verdad que el Ministerio dejó sin entrenamiento al personal de salud porque gastó todo el dinero en su nuevo edificio? • “Qué pasaría si …?”	Permitame darle la información correcta_____ Esto es lo que sucedió en verdad_____ La verdad es_____ (No repetir el comentario o palabra negativa!!) Responder preguntas hipotéticas es complejo, pero creo que lo que en verdad quiere saber es …

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud Américas

Hechos Falsos e Información incorrecta

Táctica/Pregunta	Respuesta
• "Así es que … ¿el Ministerio escondió los resultados de laboratorio para no confirmar el primer caso de zika?" Si el periodista da información incorrecta, se lo puede corregir así …	"Quizás pueda clarificar eso para su audiencia, [nombre del periodista], "Los hechos son los siguientes…" (Corregir en tono positivo y manteniendo la calma)

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
Américas

Alimentando el micrófono

Táctica/Pregunta	Respuesta
"Usted ha dado una buena respuesta a un tema muy controvertido…" (el periodista hace una pausa y la cámara sigue encendida y grabando …). Nota*: Aunque la cámara se apague y no se grabe más, el reportero sigue siendo reportero*	Mantengase dentro de su agenda, reitere su mensaje, pero no hable sin parar. Puede sonreír y decir; "¿Qué más le gustaría saber?" (Es parte del trabajo del reportero llenar el aire …)

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud Américas

Otros ejemplos

Táctica/Pregunta	Respuesta
Periodista que lo bombardea a preguntas con mucha rapidez como para que usted pueda responder (puede buscar controlar la entrevista al ponerlo fuera de cuadro)	Mantenga la calma. No se ponga a la defensiva "Usted ha hecho una serie de preguntas aquí. Dejeme ir una por una, porque son temas importantes…"
Periodista que parafrasea todo lo que usted dice…	"Quizás sea más cercano a lo que dije si lo describiera de esta manera …"

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

¡Muchas gracias!!

Maricel Seeger

Comunicación OPS/OMS Argentina

seegerm@paho.org / maricelseeger@hotmail.com

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud Américas