

Artículo de investigación

Razones que pueden explicar la reducción en la cobertura de vacunación contra VPH en Colombia

Reasons to explain the reduction in coverage of HPV vaccine in Colombia

Mónica Benavides¹ ✉, Lida Salazar²

Fecha correspondencia:

Recibido: noviembre 11 de 2016.

Aceptado: mayo 5 de 2017.

Forma de citar:

Benavides M, Salazar L. Razones que pueden explicar la reducción en la cobertura de vacunación contra VPH en Colombia. Rev CES Salud Pública. 2017; 8 (1): 82-93.

Open access

© Copyright

Licencia creative commons

Ética de publicaciones

Revisión por pares

Gestión por Open Journal System

ISSN: 2145-9932

Sobre los autores:

1. Médica, Magister en Salud Pública ©. Grupo de Prevención y Detección Temprana del Cáncer. Instituto Nacional de Cancerología. 4320160 ext 4705. Bogotá, Colombia..

2. Bacterióloga, Especialista en Epidemiología, Magister en Salud Pública. Grupo de Políticas y Movilización Social. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, Colombia.

Comparte



Resumen

La infección por el VPH es considerada una de las principales causas de neoplasias y preneoplasias asociadas a procesos infecciosos. Representa un problema de salud pública en países desarrollados, pero especialmente en aquellos que se encuentran en desarrollo. En respuesta a ello desde el 2008 se introdujo en los esquemas de vacunación la vacuna contra el VPH y en la actualidad se encuentra en más de 120 países. Una vez implementada la vacuna por el Programa Ampliado de Inmunización en Colombia, su cobertura se mostraba entre las mejores del mundo, pero lo ocurrido en 2014 en el Departamento de Bolívar impactó negativamente dicho comportamiento. Este artículo, haciendo uso de las Teorías de la Decisión y la Percepción, aborda el proceso realizado por los padres de familia para la elección de la no vacunación como la acción más benéfica considerada. La autoridad sanitaria debe hacer frente a tres hechos que determinan su aceptación por padres y adolescentes: el manejo de la incertidumbre que genera la vacuna por dudas sobre su seguridad, el impacto de la comunicación en la Era de la información y la incorporación de la igualdad de género en la formación de las creencias, deseos e interpretaciones sobre la sexualidad, la reproducción, el VPH y en general en todos los asuntos de la vida cotidiana con el fin de terminar con la disparidad entre mujeres y hombres en el ejercicio del poder y la toma de decisiones en todos los niveles.

Palabras clave: Virus del papiloma humano, vacunación, teorías de la decisión.

Abstract

HPV infection is considered one of the main causes of neoplasia and preneoplasia associated with infectious processes. It represents public health problems in developed countries, but especially in those which are developing. In response to this, since 2008, the HPV vaccine has been introduced in vaccination schemes and it is currently in more than 120 countries. Once the vaccine was implemented by the Immunization Program in Colombia, its coverage was the best in the world, nevertheless what occurred in 2014, in Bolivar Department it impacted negatively. This article, based on the use of the Theories of Decision and Perception, tackles the process performed by the parents for election of non-vaccination as the most beneficial action considered. The health authority must deal three facts that determine its

acceptance by parents and adolescents: first, to manage the uncertainty generated by the vaccine because of doubts about its safety. Second, the impact of communication in the Information Age. Third, the inclusion of Gender equality in terms of beliefs, desires and interpretations about sexuality, reproduction, HPV and in general in daily life in order to end with the disparity between women and men in the exercise of power and decision making process at all levels.

Key words: Human papilloma virus, vaccine, decision theories.

Introducción

El virus del papiloma humano (VPH), es conocido por producir la infección vírica de transmisión sexual más común del mundo, de hecho, los Centers for Disease and Control and Prevention (CDC por sus siglas en inglés) calculan que más del 90% de hombres y 80% de mujeres activos sexualmente serán infectados por al menos un tipo de VPH alguna vez en su vida (1). La infección por VPH es causa necesaria para que se produzca el cáncer de cuello uterino pero no suficiente; se asocia con varios tipos de cáncer menos frecuentes y además provoca verrugas en el área genital y papilomatosis respiratoria (2). Los tipos de VPH considerados de alto riesgo causan a nivel mundial aproximadamente el 5% de todos los cánceres (3). El cáncer de cuello uterino es una de las patologías malignas más frecuentes en el mundo, ocupando el segundo lugar en incidencia y el tercero en mortalidad después del cáncer de mama (4).

La vacuna contra el VPH representa una nueva esperanza en la protección contra el cáncer de cuello uterino; forma parte de la Estrategia Mundial de Salud de la Mujer y los Niños, lanzada durante la cumbre de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en septiembre de 2010. Las vacunas generan protección parcial o total mediante la memoria inmunológica que producen inmunogenicidad sin causar los problemas que generan las enfermedades; en ese sentido han sido responsables de un incremento sustancial de la esperanza y la calidad de vida en todos los países del mundo, lo que permite establecer la vacunación como una de las principales estrategias de prevención.

A pesar de los esfuerzos realizados, la cobertura de vacunación contra VPH se encuentra en descenso; producto del desconocimiento de la población general sobre la seguridad de la vacuna, factor reconocido como uno de los causantes de la falta de aceptación (5). Se ha descrito a nivel internacional -aunque los datos científicos indican que la vacuna es segura-, que la preocupación pública y los rumores sobre los eventos adversos representan una importante barrera a superar para aumentar la cobertura (6); y que una de las causas para la no vacunación es la ansiedad y el miedo de los padres con respecto a los graves efectos secundarios que se puedan presentar (7); sin embargo es conocido que todas las vacunas pueden ocasionar efectos secundarios en distintos niveles de gravedad, pero en la mayoría de los casos son de leve intensidad.

Colombia no ha estado exenta de ésta situación, aunque ya han pasado dos años de los hechos ocurridos en El Carmen de Bolívar (Bolívar) y los hallazgos del estudio de brote realizado por el Instituto Nacional de Salud (8) descartaron que fueran eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización (ESAVI) con VPH; esto ocasionó tal impacto en la comunidad que las tasas de cobertura de vacunación en todo el país muestran una evidente reducción. Frente a lo anterior, bien vale la pena, haciendo uso de las teorías de la percepción y la decisión, preguntarse sobre las razones que

llevan a las adolescentes y sus padres a la decisión de la no vacunación como la opción acertada según sus intereses; pretendiendo realizar un acercamiento al contexto y a los directamente involucrados, que proporcione información para la comprensión del fenómeno de bajas tasas de cobertura de vacunación contra el VPH en Colombia.

El VPH y el cáncer de cuello uterino

Hace más de 30 años Harald Zur Hausen sugirió por primera vez que el VPH es el agente causal del cáncer de cuello uterino; desde entonces son múltiples las investigaciones que se han efectuado con el fin de aclarar su epidemiología, historia natural, carcinogénesis, etc. Así, la evidencia científica acumulada ha brindado una oportunidad única para introducir nuevas estrategias de prevención. Gracias a la citología cervicovaginal, las técnicas de inspección visual y el test de ADN para VPH es posible realizar un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno, reduciendo el impacto de esta enfermedad.

El cáncer de cuello uterino es originado por ciertos tipos de VPH, siendo el 70% de los casos debido a los tipos 16 y 18. La carga de enfermedad cervicouterina atribuible a la infección por el VPH no se limita al cáncer, sino que incluye una proporción incluso mayor de lesiones premalignas; además, los tipos de bajo riesgo, como el 6 y el 11, son responsables de 90% de las verrugas genitales (2).

A nivel mundial, se diagnostican anualmente cerca de 500.000 nuevos casos de cáncer de cuello uterino, y se presentan 240.000 muertes al año (4) por ésta causa. En Colombia en los últimos 25 años la tendencia de la mortalidad por cáncer de cuello uterino ha presentado disminución, hecho atribuible a múltiples factores: incremento en la cobertura de afiliación con mayor acceso a los servicios, disminución en la tasa de fecundidad, inclusión en 2004 de la colposcopia para mujeres del régimen subsidiado y no afiliadas, e incremento en la cobertura de la citología.

La importancia de la vacunación contra el VPH

Entre 2006 y 2009 dos vacunas –tetravalente y bivalente– contra algunos tipos de VPH fueron autorizadas por la Food and Drug Administration (FDA por sus siglas en inglés) y recomendadas por los CDC; más tarde, se incluyeron en los programas de vacunación en alrededor de 120 países con la aplicación hasta el momento de 175 millones de dosis. En el año 2014, la FDA aprobó la vacuna nonavalente. Las tres vacunas proveen casi 100% de protección contra infecciones persistentes del cuello uterino por los tipos 16 y 18 de VPH y contra los cambios celulares del cuello uterino que se pueden causar. Además, la nonavalente es eficaz en un 97% en la prevención de enfermedades causadas por los otros cinco tipos a los que está dirigida.

Por otra parte la protección contra los tipos de VPH a los que apuntan las vacunas, dura por lo menos 9 años (9); el contar con el esquema de vacunación completo propicia una reducción de la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) en las siguientes proporciones: el 55 % de NIC3, 50 % de NIC2 y el 29% de NIC1 (10). Otro hallazgo importante es que la vacuna provoca una respuesta inmune 10 veces mayor a la de la infección natural durante al menos 48 meses (11).

Efectos secundarios de la vacuna contra el VPH

Se ha demostrado que las vacunas contra el VPH son seguras, hecho reafirmado por importantes agencias como la Organización Mundial de la Salud, los CDC, la Agencia Europea de Medicamentos entre otros. Ningún evento adverso grave ha sido rela-

cionado causalmente con la vacunación y sus tasas de ocurrencia, tanto en la fase de ensayo clínico como en la de implementación, corresponden con las esperadas; como efectos adversos leves muy frecuentes (aparecidos en más del 10% de casos), siempre de corta duración y evolución satisfactoria, se incluyen: dolor, hinchazón y enrojecimiento en el sitio de aplicación, fiebre, mialgia y cefaleas. Ocasionalmente, puede haber sangrados o picazón alrededor del área de la inyección (12).

Existen algunos efectos secundarios menos comunes como malestar, mareos, diarrea y raramente, urticaria (12); también han sido informados otros como el Síndrome de Taquicardia Postural Ortostática (POTS) y el Síndrome de Dolor Regional Crónico (CRPS), aunque se ha desvirtuado la asociación y señalado que estos síndromes pueden solaparse con otras complicaciones enmascarando otras condiciones de salud (como el síndrome de fatiga crónica), dificultando el diagnóstico entre la población vacunada y no vacunada, dado que las niñas y mujeres jóvenes de la población general pueden desarrollar estos síndromes en un 0.01% cada año (13).

Un estudio multicéntrico realizado en Francia entre diciembre 2007 y abril 2011, investigó la posible asociación de la vacuna tetravalente y el riesgo de Púrpura Trombocitopénica Idiopática, Desmielinización Central y Esclerosis Múltiple, Síndrome de Guillain-Barré, Lupus Eritematoso Sistémico, Artritis Reumatoidea Juvenil, Diabetes Mellitus tipo 1 y Tiroiditis Autoinmune, sin observar aumento en el riesgo de los trastornos autoinmunes estudiados y en los casos de Guillain-Barré y Tiroiditis ausencia de exposición a la vacuna (14).

Comportamiento de las coberturas de vacunación en Colombia

Cumpliendo con los compromisos del Plan Nacional de Desarrollo, el Gobierno Nacional, para el año 2012 a través del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) incluyó dentro del Plan Ampliado de Inmunización (PAI) la vacuna contra el VPH. A partir del año 2013 se amplió la edad de cobertura a niñas escolarizadas desde cuarto grado de primaria con 9 años cumplidos hasta el grado once con independencia de la edad; y no escolarizadas y de zonas dispersas desde los 9 años hasta los 17 años 11 meses y 29 días de edad.

Según las bases de datos del PAI, con corte a 30 de noviembre de 2015, se vacunaron 3,1 millones de niñas, administrado 6 millones de dosis aproximadamente. Para la primera cohorte del año 2012 las tasas de primera, segunda y tercera dosis fueron de 97.5%, 96.7% y 87.1% respectivamente; ningún país del mundo tuvo nunca una tasa de cobertura de tercera dosis como ésta; y para la segunda cohorte del año 2013, la meta alcanzada fue de 91.4% del total de 2.4 millones de niñas, estando de nuevo a la vanguardia en coberturas de vacunación. Cifras que posiblemente obedecen a la gratuidad y obligatoriedad de la vacuna.

Sin embargo, para el año 2014 las tasas de cobertura en el país descendieron hasta 20.4% **escenario** atribuido a la polémica e importante alarma social ocasionadas por los hechos en Bolívar; en los que se vieron afectadas más de 600 niñas y adolescentes entre los 8 y 19 años; lo ocurrido fue catalogado como un ESAVI con VPH y posteriormente descartado con un estudio de brote, cuyo resultado confirmó que lo sucedido correspondía a "episodios de causa psicogénica" estimulados por la percepción de miedo entre las niñas hacia el biológico (8).

Teoría de la decisión

Intenta explicar cómo elige una persona aquella “acción que, de entre un conjunto de acciones posibles, le conduce al mejor resultado dadas sus preferencias”; aunque poco conocida en el ámbito de la salud, es extensamente usada en disciplinas como la economía, la psicología, la matemática aplicada, la filosofía, las ciencias políticas o la sociología y Según Herbert Simón, pionero en la investigación sobre la toma de decisiones, estas son: “...los procesos cognitivos que se desarrollan en la mente del individuo y que tienen como meta primaria la elección de un curso de acción que ayude a resolver algún problema...” (15).

El problema de la decisión o elección tiene su origen en la formación de la vida; por ejemplo, un organismo unicelular que incorpora sustancias desde su medio ambiente, está obligado, siguiendo su composición biológica y las leyes físicas y químicas a determinar qué partículas asimilará y cuáles rechazará; siendo esta una toma de decisiones guiada instintivamente. Sin embargo, a medida que aumenta la complejidad de los seres vivos, proporcionalmente aumenta también la complejidad de sus decisiones y la forma en que éstas se toman.

En el caso del ser humano, se considera que es un proceso sistemático y guiado por un pensamiento racional, que según el modelo clásico de la teoría de la decisión, supone que el individuo posee un conocimiento completo de las opciones disponibles, las evalúa correctamente, seleccionando un curso de acción entre dos o más opciones y decide en términos óptimos, maximizando sus beneficios. Este es un contexto ideal, pues en general la racionalidad del individuo es limitada, dado que no posee un conocimiento absoluto, su posibilidad de elección está influenciada por las normas y reglas, y no dispone siempre del tiempo y de la capacidad necesaria para procesar la información (16).

Las elecciones presuponen opciones y una opción es una acción que creemos somos libres de hacer, es decir para elegir debemos creer que somos libre: “La libertad del hombre para elegir, se funda en que toda persona posee una dotación natural de atributos, voluntades y capacidades que le permiten elegir entre diferentes opciones de acuerdo con su libre albedrío” (17). La independencia para decidir implica automáticamente que el individuo asuma la responsabilidad y el riesgo sobre su futuro, y que no atribuya a otros (dioses, escuela, Estado, familia, sociedad) las consecuencias de estas.

La elección de no vacunarse

Para la autoridad sanitaria, al vacunar a las niñas y adolescentes se obtiene el máximo beneficio y se minimizan los riesgos¹, de modo que esta elección resulta ser racional. Más no se considera una acción racional que los padres opten por la no vacunación como elección, pues a largo plazo esta decisión terminará agravando el problema de la infección por el VPH a nivel individual y colectivo, que se verá reflejado en los costos sociales y económicos futuros en términos de tratamientos y muertes por cáncer prevenible relacionados con el VPH. Pero: ¿Cómo se lleva a cabo el proceso de toma de decisiones para los padres, cuándo las situaciones por efectos del azar, son poco determinadas y varían o cuándo los resultados son inciertos?, ¿Cuándo el tomador de decisiones (agente) asume que el problema no es problema, o cuando posee determinadas razones para decidir no vacunar?

¹ Cada resultado posible de tomar una opción le ofrece al agente algún beneficio. El valor de una opción es su beneficio esperado y una persona racional elige una opción que maximiza su beneficio esperado. Esta bondad o valor para el agente es la utilidad que este le asigna; no es la medida de un valor objetivo sino de una valuación subjetiva y la utilidad que alguien le asigna a algo mide cuánto lo quiere, cuánto alguien prefiere ese algo por encima de otras cosas. Frederic Schick en su libro Hacer elecciones. Una reconstrucción de la teoría de la decisión.

Son tres las situaciones que ocurren en la elección de no vacunarse: En primera instancia el resultado de la información mediática que se recibe sobre la seguridad de la vacuna, tema con amplio alcance e impacto en la no aceptación de la vacunación, disminuye la certeza de los padres sobre los efectos benéficos de la vacuna. Aunque la incertidumbre es propia de muchas de las acciones que se llevan a cabo en la atención en salud y es conocido por los pacientes enfermos que todo procedimiento puede tener complicaciones y que sus resultados no pueden ser 100 % determinados, en el caso de una niña previamente sana, no resulta tan fácil para los padres aceptar un procedimiento aparentemente sencillo y conocido del que no pueden predecir los efectos en la salud de sus hijas, y que podría, desde su mirada maximizar los riesgos al causar enfermedad. En este primer caso la falta de certeza desfavorece la vacunación contra el VPH.

En la segunda situación, habría que decir que al hacer una elección se resuelve un problema y que para el caso de la vacunación contra el VPH, es posible que los padres de familia –encargados de decidir sobre la vacunación– no relacionen el cáncer con una infección de transmisión sexual (ITS) y que además como ha sucedido con otras ITS, consideren que es improbable que las menores cursen con una infección por VPH por ser demasiado jóvenes o inexpertas sexualmente para contraerla o que no corren riesgo alguno, porque piensan erróneamente que las ITS solo ocurren entre las personas promiscuas o que tienen comportamientos sexuales inadecuados. En consecuencia, para los agentes, la infección por VPH no se percibe como un riesgo, no representa un problema y por tanto no tienen una elección que hacer.

En la tercera y última situación, el agente considera que tienen suficientes razones –más importantes que reconocer la vacuna como herramienta para disminuir la enfermedad– para elegir no vacunar.

Razones que pueden explicar la no vacunación contra el VPH

Según Schick (18) las razones que tienen los agentes para una elección se pueden explicar desde la teoría de la decisión así: una razón no es más que un estado mental formado por tres componentes una creencia, un deseo y una interpretación.

Se ha descrito que los padres de familia creen que el vacunar a las niñas contra el VPH va a inducirlas a un inicio temprano de relaciones sexuales y además de generarles una supuesta seguridad que las llevará a tener múltiples compañeros sexuales y menos precauciones durante el acto sexual (19); éstas creencias tienen una base fundamentada en el valor histórico de la virginidad y la monogamia, en las que se consideran como inadmisibles las conductas de la mujer que van en contraposición y que la ligan a lo sexual, entendiéndolo como algo destructivo, sucio y malo (20), todo sustentado en las normas de género que nuestro contexto socio-cultural ha definido sobre cómo deben ser y comportarse las personas según el sexo que se les asignó en el momento de su nacimiento y que generan el prejuicio, el estigma y la discriminación hacia las mujeres que reconocen el haber tenido varios compañeros sexuales o iniciado tempranamente su vida sexual.

Las creencias son “contagiosas” de una persona a otra, haciendo uso de la imitación, tal como lo describe la Teoría de la Memética, logran su transmisión entre individuos dando paso a un cambio en los comportamientos de estos (21); de esta manera todas nuestras creencias se derivan de la interacción con el medio, con los otros, con la sociedad. La credibilidad de la mayor parte de las creencias procede

de su aceptación por fuentes que le resultan creíbles y legítimas de la sociedad (madre, padre, amigos) y no a partir de las experiencias propias (16).

Algunos autores han descrito que los padres, siguiendo la tradición, la moral y sus valores, desean (querer esto o aquello según Schick (18) que sus hijas alcancen una adecuada edad para tener un compañero sexual, preferiblemente que sus relaciones sean con parejas permanentes y en la presencia de un vínculo socioafectivo previo, estable o duradero, acepten tener relaciones legitimadas por el amor y no por un mero interés sexual (22). Estos deseos "retoman escenarios culturales tradicionales en términos de género. Con tradicional designamos a una concepción jerárquica y asimétrica de las relaciones de género, así como a normatividades para la actividad sexual rígidamente diferenciadas para varones y mujeres" (22). Dado lo anterior, la vacuna contra el VPH va en contra de los deseos de los agentes, pues les resulta difícil no asociarla con una inadecuada sexualidad, la promiscuidad y la desinhibición sexual.

En cuanto a las interpretaciones, tenemos que son nuestras concepciones, rotulaciones, comprensiones mentales, percepciones de los hechos; no obstante, son diferentes de las creencias, aunque las implica (18). La percepción humana es conocida como un proceso cognitivo que permite interpretar y comprender las dinámicas del entorno; facilita la selección y organización de los estímulos que provienen del ambiente y proporciona experiencias significativas a quien la experimenta, además contribuye en la búsqueda, obtención y procesamiento de información; son la imagen mental que se forma con la ayuda de las experiencias y necesidades; se caracterizan por ser subjetivas, ya que las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro; selectivas puesto que el individuo no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo de interés en función de lo que desea percibir; y temporales debido a que se considera como un fenómeno de corto plazo que evoluciona, a medida que se enriquecen las experiencias, o varía según las necesidades y motivaciones. Se realiza en tres fases: selección, organización e interpretación (23).

Si bien es cierto que el conocer las percepciones sobre un tema determinado influye en los cambios de actitudes y hábitos, en el caso de la vacuna contra el VPH el percibirla como insegura se puede relacionar con la decisión de vacunarse o no. Las percepciones están estrechamente relacionadas con las unidades de información cultural (memes). En consecuencia, al recibir un estímulo de inseguridad, incertidumbre, iniciación de relaciones sexuales a edad temprana, promiscuidad, comportamientos sexuales inadecuados y un pobre reconocimiento del riesgo de infectarse, entre otros, ligados al contexto de la vacuna, aunado al conocimiento, las expectativas y experiencias que cada persona posee sobre el tema adquieren un significado o interpretación que termina por configurar en la mente un concepto negativo, de miedo, de contravía a una creencia religiosa, de peligro, superior al significado preventivo encaminado al control del cáncer de cuello uterino y de alto valor social del biológico, decidiendo la no vacunación.

Discusión

Existen razones culturales muy arraigadas que guardan un trasfondo relacionado con la concepción de mujer y hombre que prevalece en la sociedad colombiana y que explican la posición en la que las mujeres han sido social, económica, política, académica e históricamente situadas en Colombia. Así, la decisión de la no vacunación,

es una manifestación y expresión de la ideología patriarcal² y genera un ambiente para las mujeres de resistencia, desvalorización, opresión y hostilidad en las instituciones tradicionales (familia, escuela, iglesia, Estado) que legitima su subordinación, exclusión y restricción. De esta manera, la existencia de relaciones desiguales entre los géneros parece ser el punto donde se originan algunas de las razones para la elección de la no vacunación como la opción más racional.

Específicamente para el municipio de El Carmen de Bolívar se deben tener en cuenta dos características que pueden explicar la no aceptación de la vacuna: se encuentra ubicado en la costa atlántica colombiana, región reconocida tradicionalmente por la inequidad entre géneros³ y hace parte de los Montes de María, lugar profundamente afectado por el conflicto armado, siendo conocido que: “situaciones preexistentes de exclusión, estigmatización y discriminación hacia las mujeres, se exacerbaban en espacios en donde predomina el conflicto armado, en el cual la violencia y el uso de las diferentes formas de violencias promueven y validan relaciones de poder desiguales a partir de la imposición del orden, el control y el castigo a través de la fuerza, según esquemas patriarcales en donde el ejercicio del poder y por ende de la autoridad buscan cambiar y corregir aquello que para lo masculino no debe ser así”⁽²⁴⁾.

Por otra parte las “creencias irracionales” o mitos sexuales, deseos e interpretaciones se han convertido en vías destacadas en la difusión y perpetuación de la discriminación de género al divulgarse como algo comprobado y real; Córdón-Colchón ha definido los mitos como “una opinión infundada sobre algo, expresada con la convicción que suele acompañar a la ignorancia, porque parece que tienen sentido o, simplemente, porque deseamos que sean verdad; se convierten con facilidad en una creencia de toda una comunidad o una generación, mostrando la escasa, y muchas veces falsa, información de nuestra sociedad”⁽²⁵⁾. Estas creencias falsas tienen una fuerte influencia y tradición histórica de religiones, ideologías, filosofías y políticas que han creado normas de comportamiento sexual buscando controlar la conducta humana.

En definitiva, la decisión de la no vacunación contra el VPH, se podría explicar en gran medida en la relación entre la vacuna y la idea de mujer y por consiguiente de la sexualidad de niñas y adolescentes impuesta socialmente; lo anterior, en un marco de tradición patriarcal que ha permitido claramente la formación de razones frente a la vacuna que se contraponen a la realidad y que hacen visible que la salud de sus mujeres no se encuentre en el primer lugar de importancia. Desconocer esta idea de mujer, es desconocer el contexto en el que se desenvuelven padres y adolescentes. La elección de la no vacunación, no es más que la punta del iceberg de un problema que por siglos ha dado testimonio de la asimetría de poder y de la forma en que la mujer sigue siendo, en materia de sexualidad receptora –no constructora– de normas, valores y decisiones.

En esta situación, es muy importante recordar la impertinencia de satanizar creencias, deseos e interpretaciones que padres y adolescentes puedan tener, por el contrario es necesario generar espacios que permitan la expresión de las mismas, sin el temor de la estigmatización y la ridiculización, de la que en ocasiones la institución

² Una ideología es un sistema coherente de creencias que orientan a las personas hacia una manera concreta de entender y valorar el mundo; proporciona una base para la evaluación de conductas y otros fenómenos sociales; y sugiere respuestas de comportamiento adecuadas. Es éste el caso de las ideologías patriarcales que no sólo construyen las diferencias entre hombres y mujeres, sino que las construyen de manera que la inferioridad de éstas es entendida como biológicamente inherente o natural. Alda Facio, Feminismo, género y patriarcado.

³ En 2013 se publicaron los resultados de un estudio a profundidad basado en las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud - ENDS - 1990 / 2010; la costa atlántica fue la subregión con el porcentaje más alto de mujeres que experimentó formas específicas de violencia por parte de su pareja. Aunque la violencia es multicausal, su fundamento está dado por las inequidades entre los géneros. Historias de violencia, roles, prácticas y discursos legitimadores. Violencia contra las mujeres en Colombia 2000-2010.

salud y como resultado del modelo piramidal que la ha convertido en la “única poseedora del saber” hace uso. Se hace imprescindible avanzar en la construcción de planes, programas y proyectos basados en estrategias que busquen convencer, persuadir e inducir⁴, antes que obligar e imponer.

Adicionalmente, no es conveniente que en la autoridad sanitaria prevalezca la idea modernista de la imposición de acciones en salud y del modelo paternal autoritario que desconoce al otro en la toma de decisiones; en el enfoque determinista que ha permeado a esta institución, las capacidades de elección reales de los individuos son limitadas y el riesgo y la responsabilidad del curso de los hechos no depende del albedrío de la persona sino de una instancia superior. Estas costumbres jerárquicas que siempre han sido usadas, ahora están entrando en desuso dando paso a la libertad, la autonomía y la autoorganización como claves en la toma de decisiones convenientes del individuo sobre su salud.

En Colombia, el modelo de salud vigente limita el tiempo de atención y el acceso de los pacientes a los servicios, esto asociado a una alta rotación de los profesionales de salud que no permite que exista un solo y conocido médico tratante, ha terminado por romper cualquier tipo de relación que anteriormente existiera y contribuido a que los pacientes accedan a información, a la cual dan credibilidad, a través de medios masivos de comunicación; por supuesto esto ha fraccionado y debilitado el vínculo médico-paciente, que para el tema de interés, se convierte en una herramienta fundamental para enfrentar la incertidumbre que produce la vacunación contra el VPH. Por tal, corresponde a todos los involucrados generar nuevos mecanismos que permitan el acercamiento de la institución sanitaria a los pacientes, de forma que se mantenga y convierta de nuevo en fuente de información que les resulte creíble y legítima.

Y es que en la Era de la información la televisión, los vídeos, páginas web, blogs, celulares y redes sociales en general, se han vuelto clave para los pacientes proveyéndolos de razones para la toma de decisiones sobre su salud, llegando en ocasiones a sustituir la atención médica. Este tipo de medios transmiten información general que desconoce las particularidades de cada paciente y de ninguna manera sustituyen una conversación en la consulta con un médico bien entrenado y permanentemente informado que sepa transmitir la información necesaria y cuando sea necesaria; pero no por esto se puede negar el potencial valor de las TIC para la salud y por el contrario se deben potenciar sus beneficios para procurar un mayor acercamiento con los pacientes.

Recomendaciones

La autoridad sanitaria debe propender por la implementación de propuestas prácticas, pero compatibles con las razones de los pacientes; de igual manera, trabajar constantemente en la incorporación de la igualdad de género en la formación de creencias, deseos e interpretaciones sobre la sexualidad, la reproducción, el VPH, etc. buscando terminar con la disparidad entre mujeres y hombres, especialmente en el ejercicio del poder y en la toma de decisiones en todos los niveles.

Para afianzar la comunicación sobre la seguridad de la vacuna y contribuir eficaz y eficientemente a maximizar los beneficios (mujeres sanas) y minimizar los inconvenientes (baja cobertura) en el mediano y largo plazo, debe disponer de forma

⁴ Convencer, inducir, persuadir: Aunque las creencias, deseos e interpretaciones son personales, existen tres maneras diferentes para tratar de cambiar las razones de los individuos. *Convencer* a alguien es cambiar sus creencias; *inducir* es inculcarle un deseo que no tenía; hablamos de *persuadir* cuando hay un cambio en las interpretaciones que se tienen de algo. Frederic Schick.

individual y personal -y no masiva- de la información adecuada acerca del VPH y la vacuna, esto permitirá: fomentar la participación en programas, aumentar cobertura, mantener adherencia a estrategias y reducir la ansiedad que produce la incertidumbre de presentar o no un efecto secundario a la vacunación. Para esto se requiere fortalecer el vínculo entre autoridad sanitaria, adolescente y familia; y reconocer que cada individuo está circunscrito a su contexto histórico, social, económico; que su subjetividad se encuentra enmarcada por sus experiencias personales, capacidades cognitivas, creencias, deseos e interpretaciones, su lógica e intencionalidad y por tanto en una racionalidad limitada que determina sus elecciones.

Todo lo expuesto anteriormente, constituye el marco para un apropiado proceso de decisión entre padres y adolescentes, que aunque abarca múltiples aspectos, especialmente debe considerar que el brindar la información apropiada mediante un proceso bien pormenorizado, llevará a un agente bien informado que estará más satisfecho con el proceso de decisión y con el resultado, ya sea con una correcta decisión que produce un resultado satisfactorio, o por que ayuda a aceptar la posibilidad de que una decisión correcta puede traer resultados inesperados. Finalmente permitirá desarrollar un ejercicio de libertad fundado en la información.

Agradecimientos

Al Instituto Nacional de Cancerología de Colombia por motivar a los investigadores y el Dr. Santiago Valencia y la Dra. Giana María Henríquez Mendosa por el apoyo en la revisión del manuscrito y temas relacionados con la no aceptación de la vacuna. La financiación de este artículo se realizó con recursos del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Chesson HW, Dunne EF, Hariri S y Markowitz LE. The estimated lifetime probability of acquiring human papillomavirus in the United States. *Sexually Transmitted Diseases*. 2014 Nov; 41(11):660-664. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25299412>
2. Centers for Disease and Control and Prevention. Virus del papiloma humano: Información sobre el VPH para los médicos [Internet]. 2007, Aug. [Consultado 17 de mayo de 2016]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/literatura_interes/Virus%20del%20papiloma%20humano.pdf
3. de Martel C, Ferlay J, Franceschi S, Vignat J, Bray F, Forman D, et al. Global burden of cancers attributable to infections in 2008: A review and synthetic analysis. *Lancet Oncology*. 2012 Jun; 13(6):607-615. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22575588>
4. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C y Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008:GLOBOCAN 2008. *International Journal of Cancer*. 2010 Dec; 127 (12):2893-917. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21351269>

5. Gamble HL, Klosky JL, Parra GR y Randolph ME. Factors influencing familial decision-making regarding human papillomavirus vaccination. *J Pediatr Psychol*. 2010; 35(7):704-15. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19966315>
6. Brotherton JM. Human papillomavirus vaccination: Where are we now? *J Paediatr Child Health*. 2014 Jun;50(12):959-65. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24909919>
7. Stokley S, Jeyarajah J, Yankey D, Cano M, Gee J, Roark J, et al. Human papillomavirus vaccination coverage among adolescents, 2007-2013, and postlicensure vaccine safety monitoring, 2006-2014--United States. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2014 Jul; 63(29):620-4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25055185>
8. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud de Colombia. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional (IQEN): Brote de evento de etiología desconocida en el municipio de El Carmen de Bolívar, Bolívar, 2014 [Internet]. 2015 Feb. [Consultado 08 de agosto 2016]. Disponible en: <http://studylib.es/doc/5732931/brote-de-evento-de-etilog%C3%ADa-desconocida-en-el-municipio->
9. European Medicines Agency. Gardasil human papillomavirus vaccine [types 6, 11, 16, 18] (recombinant, adsorbed) [Internet]. 2008 Sep. updated 14 August 2014. [Consultado el 17 de junio de 2016]. Disponible en: http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/000703/human_med_000805.jsp&mid=WC0b01ac058001d124
10. Stillo M, Carrillo Santistevé P y Lopalco P. Safety of human papillomavirus vaccines: a review. *Expert Opin Drug Saf*. 2015 May; 14(5): 697-712. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25689872>
11. Villa L. Biology of genital human papillomaviruses. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2006; 94 (Supplement 1), S3-S7. <http://screening.iarc.fr/doc/HPV%20supplement%20-%20chapter%2001.pdf>
12. Ministerio de Salud y Protección Social, Gobierno de Colombia [Internet]. Bogotá, Colombia [Consultado 24 de agosto de 2016]. Disponible en: <https://www.min-salud.gov.co/Paginas/Verdades-mentiras-sobre-la-vacuna-contracancer-cuello-uterino.aspx>
13. European Medicines Agency. Review concludes evidence does not support that VPH vaccines cause CRPS or POTS. 2015 Nov. [Consultado 22 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Press_release/2015/11/WC500196352.pdf
14. Grimaldi-Bensouda L, Guillemot D, Godeau B, Bénichou J, Lebrun-Frenay C y Papeix C, et al. Autoimmune disorders and quadrivalent human papillomavirus vaccination of young female subjects. *J Intern Med*. 2014 Apr; 275(4):398-408. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24206418>
15. Simon H. *Administrative Behavior: a Study of decision making. Process in Administrative Organizations* (4 ed.). Nueva York: The Free Press; 1997.

16. Simon H. Naturaleza y límites de la razón humana. México: Fondo de Cultura Económica; 1989. <https://mx.casadelibro.com/libro-naturaleza-y-limites-de-la-razon-humana/9789681628444/179194>
17. Miklos T. Las decisiones políticas, de la planeación a la acción. 1998. México: Siglo XXI Editores, S.A de C.V e Instituto Federal Electoral; 1998. Página 152. https://books.google.es/books?id=SVNJ_4HZOTsC
18. Schick F. Hacer elecciones. Una reconstrucción de la teoría de la decisión. Barcelona: Editorial Gedisa; 2000. https://www.researchgate.net/publication/31698091_Hacer_elecciones_una_reconstruccion_de_la_teor%C3%ADa_de_la_decision_F_Schick_tr_por_Marcela_Zangaro
19. Wiesner C, Piñeros M, Trujillo LM, Cortés C y Ardila J. Aceptabilidad de la vacuna contra el Virus Papiloma Humano en padres de adolescentes, en Colombia. Rev. salud pública. 2010 Dec; 12 (6): 961-973. <http://www.bdigital.unal.edu.co/33561/1/33435-124017-1-PB.pdf>
20. Amuchástegui A. La dimensión moral de la sexualidad y de la virginidad en las culturas híbridas mexicanas. Relaciones 74. 1998, 23:102-133. <http://www.colmich.edu.mx/relaciones25/files/revistas/074/AnaAmuchasteguiHerrera.pdf>
21. Dawkins R. El gen egoísta. Las bases biológicas de nuestra conducta. Barcelona: Salvat Editores; 1989. http://bioinformatica.uab.cat/base/documents/genetica_gen201415/El%20gen%20ego%C3%ADsta2015_5_31P17_0.pdf
22. Observatorio de Salud de la Mujer. La sexualidad de los jóvenes desde la perspectiva de los padres [Internet]. sf. [Consultado el 26 de agosto de 2016]. Disponible en : http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IVES_Juventud_Monografico_Padres.pdf
23. Universidad de Murcia. La Percepción [Internet]. sf. [consultado 21 agosto 2016]. Disponible en: <http://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf>
24. Agency for International Development, Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas y Organización Internacional para las Migraciones. Mujeres y conflicto armado [Internet]. sf. [Consultado 15 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/mujeres.PDF>
25. Cerdón-Colchón J. Mitos y creencias sexuales de una población adolescente de Almendralejo. Matronas Prof. 2008; 9(3): 6-12. <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/6818/173/mitos-y-creencias-sexuales-de-una-poblacion-adolescente-de-almendralejo>