

### **2.3.3 Riesgo de incertidumbre y temor irracional**

Así como hay motivos para prever que la demanda por la vacuna A\H1N1 puede ser mayor a lo habitual, también hay experiencias recientes, provenientes de varios países del hemisferio norte, donde las aprensiones en torno a la seguridad y la eficacia de estos nuevos productos impidieron alcanzar las coberturas planificadas por las autoridades de salud pública. El temor a lo desconocido puede ser un factor de alta injerencia en el nivel de aceptación de la vacuna por parte de la población objetivo, y por ende también en el cumplimiento de los propósitos de la intervención.

Sin duda hay razones justificadas para que la población se manifieste más inquisitiva que lo habitual, en relación a los posibles efectos adversos de las nuevas vacunas contra el virus A\H1N1. Para empezar está el mal recuerdo de una vacuna desarrollada en los Estados Unidos a fines de los años 70', con un virus genéticamente emparentado con el actual, cuya utilización se asoció a un aumento significativo de los casos de Síndrome de Guillian Barré. No se llegó a aclarar si estos eventos fueron desencadenados por el principio activo propiamente tal; por algún residuo antigénico del proceso de propagación de la cepa viral en huevos, o por otro defecto del proceso de manufactura. El hecho es que las vacunas anti-influenza elaboradas con virus de origen porcino quedaron marcadas con un mal precedente de seguridad. Algunas de las vacunas contra el virus A\H1N1 recientemente registradas ofrecen un flanco de incertidumbre adicional, cual es su producción con tecnologías de cultivo de celular, mucho más nuevas que la plataforma clásica de propagación en huevos. Además hay formulaciones de vacuna pandémica – clásicas y de cultivo celular - que incorporan los nuevos adyuvantes oleo-acuosos, genéricamente denominados “escualenos”, entre los cuales hay una variedad de productos con diferentes grados de respaldo en experiencia clínica y aprobación de las agencias regulatorias; desde algunos que tienen varios años de uso comercial, en vacunas contra influenza estacional y de otros tipos, hasta otros que acaban terminar su desarrollo pre-registro. Otro elemento que no puede ser soslayado a la hora de ponderar la seguridad de las vacunas es la trayectoria del laboratorio de origen. En este sentido también hay una diversidad de ofertas, desde las producidas por laboratorios debutantes, hasta las avaladas por productores tradicionales, con más 50 años de experiencia en manufactura de vacunas contra influenza. Aún obviando otros factores, de lo anterior se infiere que la evidencia de seguridad clínica de las vacunas A\H1N1 recientemente registradas es heterogénea y difícil de comunicar en términos asequibles para el público general. Esto último es sinónimo inevitablemente de desinformación e incertidumbre, dos condiciones ampliamente reconocidas por su efecto antagónico a la aceptación social de las vacunaciones. También es hecho sabido que los escenarios donde existe desinformación o evidencia científica incompleta son terreno fértil para la propaganda de ideas anti-vacuna, cuya principal estrategia es el testimonio emotivo anecdótico, transmitido en primera persona, en lenguaje propio del público objetivo. Los medios de prensa, por su parte, pueden contribuir a masificar el daño social causado por estos mensajes, sea por desinformación propia, o por interés de lucrar a partir de la polémica entre las autoridades de Salud, los expertos en vacunas y los voceros de las corrientes contrarias a las vacunaciones.

### **2.3.4 Riesgo de desinformación de la operativa**

El tercer riesgo previsto dice relación con las posibles causas de desorganización, en el plano de la entrega y la recepción de los servicios vacunación. Entre ellas cabe re-considerar la demanda desproporcional a la oferta, discutida más arriba, pero más específicamente la

desinformación acerca de las modalidades operativas de la intervención, particularmente aquellas que difieren de las aprendidas a través de las campañas vacunación contra influenza estacional. En este plano hay cambios conceptuales y administrativos transversales al PNI, y también ajustes operativos que derivan del diseño de esta intervención particular.

La vacunación contra el virus A\H1N1 será la primera que transcurra en el marco del nuevo Decreto de Enfermedades Trasmisibles de Vacunación Obligatoria (N°1305, de septiembre de 2009, revisado en el N°06, de enero de 2010), donde la influenza - en cualquiera formas epidemiológicas - aparece oficialmente instalada entre las enfermedades objeto del PNI. Este cambio tiene múltiples implicancias. Por ejemplo, implica que a partir de este año no será apropiado ni conveniente utilizar el término “campaña” para referirse a la vacunación contra esta enfermedad, porque su acepción más difundida alude a medidas extraordinarias, para cuya implementación se requiere movilizar recursos financieros y humanos que no forman parte del presupuesto o la infraestructura regular del sistema de salud. Ninguno de esos atributos es aplicable a la vacunación contra influenza, entendida como enfermedad objeto del PNI. El Decreto N° 1305 también sitúa la responsabilidad de la gestión regional del PNI en la máxima autoridad sanitaria de cada Región, y define a la red de Atención Primaria de Salud (APS) como su principal órgano ejecutor, primordial responsable de entregar los servicios de vacunación necesarios para el cumplimiento de los objetivos sanitarios del Plan. En consecuencia, a partir de este año no será necesario suscribir convenios ni contratos específicos con los administradores de la Red de APS, para la ejecución de los servicios de vacunación contra la influenza. Sin perjuicio de ello, cada Secretario(a) Regional de Salud tendrá la responsabilidad de evaluar la capacidad de ejecución existente en su respectiva jurisdicción, y de reforzarla en lo que sea necesario, para asegurar el cumplimiento de la medida de Salud Pública en el plazo y con la cobertura requeridas.

Los aspectos específicos del diseño que pueden incidir en la interfase entregarecepción de los servicios incluyen: que las definiciones operativas de la población destinataria son parcialmente diferentes a las conocidas por los equipos de salud y la población general; que los grupos objetivo serán convocados en forma priorizada y secuencial, de acuerdo a las fechas de llegada y al número de dosis de cada partida de vacunas; que producto de lo mismo el período de ejecución podría ser más prolongado que lo habitual, y que el formato de presentación de la vacuna pandémica obligará a concentrar los servicios de vacunación en los establecimientos de la red asistencial formal, limitando las actividades en terreno a lo indispensable para llevar la vacunación a los beneficiarios que no puedan concurrir a solicitarla a los centros de salud.