
ARTICULO ORIGINAL

Campaña nacional de vacunación para la eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita en Bolivia, 2006

National vaccination campaign for the elimination of rubella and the congenital rubella syndrome, Bolivia 2006

Drs.: Antonio Plaza Zamorano*, Percy Halkyer Belaunde*, Erick Machicao Ballivian, Magali Fuentes Aspiazu**, Olivier Ronveaux Dupal***

Resumen

En mayo 2006, Bolivia llevó a cabo una campaña nacional de vacunación en su población de 15 a 39 años para eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita del país. Durante seis semanas el país sumó los esfuerzos de los políticos, aliados nacionales e internacionales, trabajadores de salud y organizaciones sociales para alcanzar la meta. La cobertura nacional validada por una encuesta post campaña fue de 94%, sin diferencias significativas de edad, sexo o en la distribución rural urbana. La encuesta probó también un alto nivel de confianza de la población en los servicios de vacunación y el rol importante del personal de salud para informar a la población en el medio rural. Se demuestra que actividades de vacunación masivas en la población adulta y de ambos sexos pueden ser exitosas con una preparación minuciosa y un plan de comunicación estudiado.

Palabras Claves:

Rev. Soc. Bol. Ped. 2007;46 (2): 90-4: rubéola, campaña de vacunación, inmunización.

Introducción

La rubéola es una enfermedad viral que ocasiona serios daños si ocurre en etapas tempranas de la gestación produciendo muerte fetal, parto prematuro o defectos congénitos. Estos últimos son conocidos como el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC)¹. En 1996, antes de la introducción de la vacuna en las Americas, se estimó que 16 000 niños nacían por año con SRC en el continente².

Abstract

In order to eradicate rubella in the Bolivian population and in its congenital form, the government undertook a national immunization campaign aimed at the 15 to 39 years old population. Government as well as non-government organizations participated in this effort. The post campaign covered 94% of the population, who welcomed the widespread effort.

All immunization campaigns will be successful with the right planning and determination.

Key Word:

Rev. Soc. Bol. Ped. 2007;46 (2): 90-4: Rubella, vaccination campaign, immunization.

Bolivia es signataria de la Resolución 44° del Consejo Directivo de la OPS de septiembre del 2003, “en la cual los países aprueban la meta de eliminar la rubéola y el SRC para el año 2010³. El cumplimiento de esta recomendación se centra en la vacunación de hombres y mujeres, adolescentes y adultos, el desarrollo de sistemas integrados de vigilancia para sarampión y rubéola, así como en la implementación de un sistema de vigilancia del SRC^{4,5}.

* Médicos. Organización Panamericana de la Salud, La Paz, Bolivia

** Médicos. Programa Nacional Ampliado de Inmunización, La Paz Bolivia

Artículo recibido 14/7/07 y fue aprobado para publicación 18/8/07

Estudios realizados en países del Caribe de habla inglesa estiman que el costo del programa de eliminación es alrededor del 7% del costo total de la atención y rehabilitación de los casos de SRC, y la razón beneficio - costo de la estrategia para interrumpir la transmisión de la rubéola y prevenir el SRC es de 13,3:1⁶.

Para Bolivia los pilares de la estrategia de eliminación consistieron en una campaña de vacunación universal en dos fases (2006 y 2007 para la población menor de 15 años), el desarrollo de sistemas integrados de vigilancia para sarampión y rubéola, así como en la implementación de un sistema de vigilancia del SRC. Con el lema “*Una sola vez es para siempre*”, entre mayo y junio del 2006 Bolivia realizó la primera fase de la campaña para la eliminación de la rubéola y el SRC, al aplicar vacuna doble viral (sarampión-rubéola) a todos los hombres y mujeres de 15 a 39 años de edad en los 9 departamentos del país. Este artículo describe los logros de esta campaña.

Material y Métodos

Organización y planificación

La organización y planificación de la campaña se iniciaron con una anticipación de un año dada la magnitud de la población a vacunar (el denominador oficial basado en proyecciones censales era de 3.826.083 personas de 15 a 39 años) y la importancia de lograr, en un período de cinco semanas, coberturas mayores al 95% en todo el país. En el nivel nacional, el apoyo brindado por el Comité de Coordinación Interagencial (CCI) durante la planificación de la campaña, fue fundamental. Se realizaron varias negociaciones exitosas con el objetivo de cubrir los costos de la campaña y reforzar la decisión política para llevar adelante la campaña. Fue posible acceder a un préstamo del Banco Interamericano del Desarrollo para cubrir el costo del total de las vacunas, mientras que los gastos operativos y de comunicación social fueron asumidos por el Tesoro General de la Nación, UNICEF y OPS.

Fue importante además el apoyo y la concertación con el Sindicato de trabajadores de Salud y con las más influyentes organizaciones sociales.

En el nivel operativo, la organización y planificación se tradujo en la elaboración de *microplanes* en cada municipio y establecimiento de salud del país. El personal operativo (auxiliares de enfermería, enfermeras, médicos, técnicos, etc.) participó en determinar sus requerimientos (materiales, insumos, formularios, recursos humanos y económicos), definir en forma precisa y diferenciada las estrategias de vacunación a emplear en cada localidad. Este minucioso proceso, permitió prever y afrontar con éxito una serie de contingencias que se presentaron antes y durante la campaña.

La capacitación no solo involucró al personal de salud, sino a todo aquel que participó directamente de la campaña, instancias claves de decisión y de apoyo, como la prensa, instituciones públicas y privadas, de Seguridad Social, las Fuerzas Armadas y Policía Boliviana, iglesias y sindicatos. Este proceso se acompañó de material escrito diseñado y elaborado específicamente, como el “Manual de Lineamientos Técnicos”, el “Manual del Vacunador” y el “Manual de Preguntas y Respuestas”. Simultáneamente, se implementó un proceso de *abogacía*, apoyado por carpetas informativas elaboradas para tal fin. Algunos logros de este proceso se reflejan en la participación de 290 autoridades o representantes municipales en reuniones relacionadas con la campaña, convocadas por los niveles nacional y regionales.

Un aspecto clave de la campaña fue la extensa *difusión y comunicación*, impulsando la participación de toda la comunidad y convocando a vacunarse. Previamente se realizó una investigación mediante grupos focales para determinar los haceres, sentires y pensares de la población respecto de la rubéola y el SRC, para orientar el proceso de comunicación social. Se emplearon los medios de comunicación de mayor audiencia nacional, regionales y locales; se difundieron jingles y spots en varios idiomas;

se elaboraron mensajes, discursos, relatos, videos, audiovisuales, guiones y manifiestos publicitarios, carteles, pasacalles, mantas, murales; y se realizaron entrevistas en radio y televisión. Todo esto fortaleciendo las iniciativas locales y regionales al promover la producción de material acorde a las características de cada comunidad.

Ejecución

Se programaron tres fases (1) *fase de ataque* (primeras dos semanas) mediante modalidades de vacunación de población cautiva y concentrada en diferentes instituciones, organizaciones, empresas como: colegios, institutos, universidades, oficinas, fábricas, batallones policiales y militares, tanto públicos como privados; (2) *fase de consolidación* (tercera y cuarta semana) con tácticas centradas en la vacunación de casa por casa; (3.) *fase de reforzamiento* focalizada en áreas con coberturas inferiores a 95% comprobadas con Monitoreos Rápidos de Cobertura (MRC).

Hacia el final de la campaña se intensificó la difusión de mensajes con el slogan “*tu última oportunidad*”, reforzando a la vez la vacunación mediante puestos fijos a la salida de los cines, estadios, supermercados, terminales de buses, “*trancas*” o lugares de peaje, iglesias y otros lugares donde se concentraban personas del grupo de edad meta de la campaña.

Para monitorear coberturas de manera semanal se diseñó un software específico, implementado por el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) desde el nivel central hasta el nivel operativo. El acceso a información se reforzó con la disponibilidad de una Página Web abierta al público para consultar el avance en las coberturas por departamento y una diversidad de temas y aspectos relativos a la rubéola y la campaña (<http://www.ops.org.bo/rubeola/>).

Evaluación

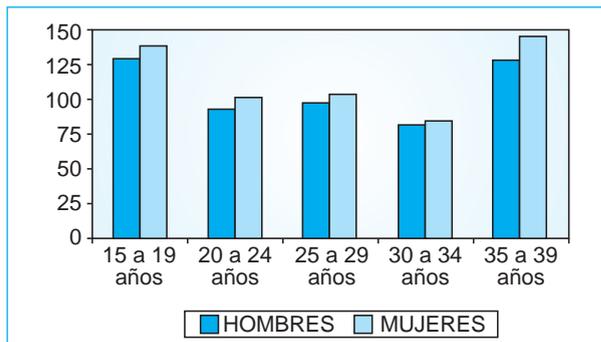
Para evaluar las coberturas finales de la campaña se realizó, en el mes de julio 2006, una *encuesta de cobertura* por conglomerados⁷ con representatividad

nacional y departamental. Como parte de la encuesta se aprovechó de evaluar otros aspectos inherentes a la campaña, como la comunicación, confianza de la población. La encuesta fue organizada y ejecutada por personal externo al programa de inmunización de Bolivia.

Resultados

Después de 6 semanas de vacunación, la cobertura administrativa a nivel nacional fue de 106.8% (4.229.580 personas vacunadas). Las coberturas por sexo y grupo de edad muestran altos porcentajes en los grupos de edad extremos pero más bajos en el grupo de 30 a 34 años (Figura #1). Todos los departamentos del país alcanzaron coberturas administrativas superiores al 95%; vacunándose un total de 2 081 499 hombres (cobertura de 104,8%) y un total de 2 148 081 mujeres (cobertura de 108,8%).

Figura # 1. Cobertura de vacunación (datos administrativos) sarampión y rubéola por grupo de edad y sexo, Bolivia, junio 2006



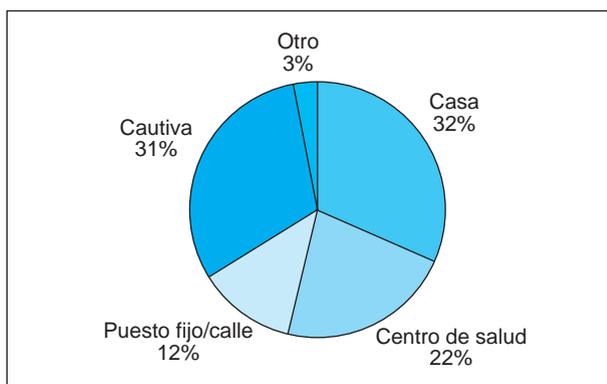
Fuente: SNIS

La última fase de la campaña fue focalizada en áreas con coberturas inferiores a 95%, según los resultados de los Monitoreos Rápidos de Cobertura (MRC), implementando tácticas específicas de vacunación dirigidas a los grupos de edad en los que se alcanzó menor cobertura en las fases previas, como fueron los hombres de 25 a 34 años. Durante esta fase de refuerzo se realizaron 1.608 MRC (82 336 encuestados).

Se encuestó un total de 3683 personas de 15 a 39 años. La cobertura nacional fue 93,7% [95% IC:

91,8-95,1]. El 68% de los vacunados tenían el carné (lo mostraron durante la entrevista). No se encontraron diferencias significativas entre el área rural (67%) y el área urbana (69%), ($p=0.3$), tampoco por grupo de edad, de 94,3% en el grupo de 15 a 19 años a 92.1% en el grupo de 35 a 39 años ($p=0,17$). Las coberturas por sexo no mostraron diferencias. Ambos sexos mostraron una cobertura de 93,7%. Tampoco hubo una diferencia significativa de coberturas entre rural (94,0%) y urbano (93,5%). Un tercio de la población fue vacunada como población cautiva, otro tercio en su casa, y el resto en los centros de salud y puestos fijos (Figura #2).

Figura # 2. Distribución de los lugares de vacunación, campaña rubéola, Bolivia 2006



Un 95% de los encuestados indicó estar de acuerdo en vacunarse otra vez o en una nueva oportunidad (97% en el área urbana y 94% en área rural).

A la respuesta afirmativa de la pregunta: “¿Si fuera necesario evitar alguna otra enfermedad, usted se vacunaría, donde?”, el 52% de las personas indicaron como lugar preferido de una nueva vacunación el centro de salud. Mediante la pregunta: “¿Por qué medio se enteró de la campaña?”; se mostró que la campaña llegó a la población principalmente por tres medios: televisión, radio y personal de salud (Cuadro # 1). Se evidenciaron diferencias en el uso de medios de información entre áreas rurales y urbanas: la población rural emplea más frecuentemente la radio (50%) que la población urbana (43%); la televisión es predominantemente urbana (80%) y el

rol del personal de salud para informar a la población es más importante en el medio rural (43%) que en áreas urbanas (16%).

Cuadro #1. Medios de comunicación indicados como fuente de información sobre la campaña

Medio	Proporción de los encuestados indicando como fuente de información		
	Total país	Rural	Urbano
Radio	47%	50%	43%
Televisión	60%	40%	80%
Periódico	3%	2%	4%
Afiche/tela	4.5%	3%	6%
Amigos/familiares	14%	17.5%	12%
Personal de salud	29%	43%	16%
Profesores	6%	6%	5%

Discusión

Bolivia logró la meta de cobertura de vacunación de la campaña nacional en todos los departamentos del país. Este éxito se puede atribuir al compromiso político de las autoridades, la participación social, alianzas estratégicas con instituciones y organizaciones locales, nacionales e internacionales, y los procesos de organización y planificación encarados con un plan de comunicación efectivo. Asimismo, la participación activa de todos los profesionales de salud de las distintas áreas, trabajadores administrativos y personal auxiliar de todo el país fue un elemento indispensable para alcanzar la meta. Resultó una respuesta positiva de la población traducida en la demanda voluntaria de la vacuna.

El excedente de personas vacunadas se atribuye en parte a que en algunos departamentos, ante la demanda, se vacunaron personas mayores de 39 años y menores de 15 años. Estas personas fueron registradas en los grupos de edad extremas, lo que refleja la figura 1. La encuesta confirmó los altos niveles de coberturas, con medidas realistas además precisando que ambos sexos y grupos de edad tenían niveles similares. Las diferencias con los datos administrativos pueden resultar de estimaciones del denominador administrativo inexactas (factor migración).

Los puntos que resaltan de los aspectos de comunicación social son (1) el éxito de la campaña radio TV; (2), el rol importante del personal de salud en la información de la población; y (3) la alta confianza de la población en la vacunación y en los servicios de salud. Este hallazgo es muy positivo pensando en futuras acciones de vacunación dirigidas a estos grupos de edad y en ambos sexos.

Con los niveles logrados durante esta campaña, Bolivia ha dado el paso más importante y difícil hacia la eliminación de la rubéola. El programa ampliado de inmunización de Bolivia sale reforzado por la experiencia, y demuestra que actividades masivas pueden tener éxito en la población adulta.

Referencias

1. Plotkin SA Reef S. Rubella vaccine. In: Plotkin SA, Orenstein WA, Vaccines, 4th ed. London, WB Saunders, 2004.
2. Cutts FT, Vynnycky E. Modelling the incidence of congenital rubella syndrome in developing countries. *Int J Epidemiol* 1999; 28: 1176-84.
3. Anonymous. New goal for vaccination programs in the Region of the Americas: to eliminate rubella and congenital rubella syndrome. 2003 *Rev Panam Salud Pública* 2003; 14: 359-63.
4. Andrus JK, Periago MR. Elimination of rubella and congenital rubella syndrome in the Americas: another opportunity to address inequities in health. *Rev Panam Salud Pública* 2004; 15: 145-6.
5. Castillo-Solorzano C, Carrasco P, Tambini G, et al. New horizons in the control of rubella and prevention of congenital rubella syndrome in the Americas. *J Infect Dis* 2003; 187: S146-52.
6. Castillo-Solórzano C, de Quadros C. Control acelerado de la rubéola y prevención del síndrome de rubéola congénita en las Américas. *Rev Panam Salud Pública* 2002; 11: 273-276.
7. World Health Organization. Immunization coverage cluster survey – reference manual, 2004 (WHO/IVB/04.23).