

Consideraciones sobre la Campaña Nacional de Vacunación contra la Rubeola 2006. Análisis FODA.

Diciembre, 2006.

Kameniecki, Mario

Médico Psiquiatra, a cargo del despacho de jefatura División Área Programática Hospital Ramos Mejía, de julio 2006 a enero 2007.

Alvarez, Graciela

Médica Tocoginecóloga, integrante Comité de Campaña y responsable de logística.

Mir Candal, Leila

Antropóloga, integrante del equipo de Programas Especiales y del Comité de Campaña, responsable de georreferencia, contactos, estrategias de difusión y relaciones con la comunidad.

Pastor, Malena

Psicóloga Social, integrante del equipo de Programas Especiales y del Comité de Campaña, responsable de georreferencia, contactos, estrategias de difusión y relaciones con la comunidad.

Bracco, Susana

Enfermera, integrante del Comité de Campaña, coordinación y supervisión general de cadena de frío, brigadas vacunadoras, comunicaciones y movilidad.

Si la salud y la enfermedad son acontecimientos que ocurren no solo en el espacio privado de nuestra vida personal, entonces la calidad de vida, el cuidado y promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación, los problemas sanitarios y la muerte misma transcurren en un complejo tejido social y ecológico: el de los distintos ámbitos comunitarios.

Partiendo de los principios de la Atención Primaria de la Salud (APS.) y considerando que las medidas de prevención y promoción de la salud son las que pueden tener mayor grado de eficacia resulta significativo dentro de este contexto la inclusión del concepto de *Área Programática*, dado a que tiende a cambiar la orientación del sistema sanitario desde el objetivo enfermedad hacia el objetivo salud y al mismo tiempo a potenciar la coordinación entre el sector sanitario y aquellos otros -educación, trabajo, medio ambiente, etc- que han de intervenir en el proceso de consecución de un nivel de salud adecuado.¹

El Área Programática consiste en una superficie delimitada por circunstancias geográficas, demográficas, sanitarias y técnico-administrativas, referidas a un Hospital base y sujeta a una estrategia de Atención Primaria de la Salud, con el objetivo de lograr una máxima cobertura de las necesidades de la población a través de la participación comunitaria por medio de programas regulares -pero también contingentes-².

¹ LEMUS J, **Áreas Programáticas**. Buenos Aires, Mimeo, s/f.

² AGUERO A., MIR CANDAL, L., PASTOR, M., FERNANDEZ, M., VALENTI M., **Cuando el espacio público es el techo**, En: Revista Virtual Hospital Ramos Mejía, Diciembre 2005.

La División Área Programática del Hospital Ramos Mejía es el servicio encargado de convocar a la comunidad para promover y proteger la calidad de vida desde el punto de vista de la salud. Calidad de vida que se construye y se mejora a partir de una serie de premisas complementarias e interrelacionadas tales como la salud, la educación, el medio ambiente, el trabajo, la alimentación y la libertad individual y colectiva; valores que constituyen un patrimonio social y no solamente un campo de estudio de los técnicos³.

Coherente con esta estrategia que fomenta la participación comunitaria y el trabajo conjunto de los profesionales en todas las etapas de la tarea se desarrollan acciones de salud comunitaria encuadradas en distintos programas como ya se señaló.

Partiendo de los principios de la APS., su implementación en medios urbanos requiere atender a la heterogeneidad de las zonas geográficas y a la diversidad socioeconómica y cultural de sus habitantes, así como reconocer el desafío que implica avanzar sobre la resistencia a los cambios en la atención de la salud y las dificultades que en la coordinación tienen las diversas organizaciones y sectores involucrados.

Se abordará en este trabajo el análisis de algunos aspectos de la Campaña Nacional de Vacunación para la eliminación del Síndrome de Rubéola Congénita y Control de la Rubéola que se desarrolló durante los meses de septiembre y octubre de 2006.⁴

Desarrollo

Si bien el Área Programática cuenta con un programa de inmunizaciones fundamentalmente para el calendario de vacunación de niños -pero también destinado a la vigilancia epidemiológica, en especial para control de brotes-, en esta oportunidad la vacunación estaba dirigida a población adulta.

CAMPAÑA

De acuerdo al Memorandum Nº 1402-MS-DGAIS-06 del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires se comenzaron a efectuar a partir de mediados del mes de julio reuniones de organización y actualización por parte del Programa de Inmunizaciones y del Departamento de Epidemiología del nivel central a las cuales concurren profesionales de distintas áreas del Hospital: División Área Programática, División Promoción y Protección, Departamento de Enfermería, Residuos Patológicos, División de Obstetricia, Centro de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) y Plan Médicos de Cabecera (PMC). Avalan estas acciones la Resolución Ministerial Nº 1122 del año 2006 que en su artículo 1º

³ SASSEN, S., **Los espectros de la globalización**. México, Fondo de cultura económica, 2003.

⁴ A fines de octubre las autoridades del Ministerio de Salud del GCBA. decidieron extender la campaña durante un mes más- hasta el 30 de noviembre de 2006- .

aprueba la Campaña Nacional y en el artículo 2º insta a los servicios de salud públicos y privados así como a las diversas instituciones, a garantizar la vacunación contra la rubeola en toda la población de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y 39 años independientemente del antecedente de haber recibido la vacuna o padecido la enfermedad.

La vacuna intenta evitar enfermedades que al momento no se padecen, y una vez aplicada no produce un bienestar inmediato e incluso puede acarrear molestias. De estas consideraciones surge el interrogante acerca de cuáles y de quiénes son las oportunidades perdidas de vacunación. Teniendo en cuenta que las representaciones socio-culturales repercuten directamente en el proceso de vacunación.

La vacunación en las mujeres no es un hecho habitual como lo es en el niño en los primeros años de vida. En el caso que nos convoca, se trata de mujeres en el rango de edad de 15 y 39 años quienes habitualmente no constituyen la población objetivo de una vacunación masiva inédita en nuestro país.

En el hospital se conformó rápidamente un Comité de Campaña integrado por todos los sectores involucrados y encabezado por el Subdirector Médico que se reunió y trabajó semanalmente desde el mes de julio hasta el final de la campaña. Asimismo, el Área Programática organizó su propio comité de campaña conducido por su jefatura a los efectos de optimizar las acciones.

Sobre la base del estudio diagnóstico-exploratorio realizado y actualizado en forma continua para obtener datos fidedignos acerca del área de intervención, se procedió a explorar exhaustiva y sistemáticamente las 600 manzanas que comprenden la delimitación del Área Programática del Hospital Ramos Mejía. El Área se encuentra limitada por las calles Boedo, Garay, y las avenidas Córdoba y 9 de Julio; incluye una importante terminal de ferrocarril en la Plaza de Miserere (ex ferrocarril Sarmiento) con una zona comercial aledaña – barrio del Once- lo que la caracteriza como un área de intenso tránsito poblacional proveniente de la región oeste del conurbano bonaerense por medio de la mencionada vía férrea. Además, los barrios que conforman el área poseen como particularidad una movilidad permanente de sectores significativos de la población⁵.

El punto de partida es un ámbito geográfico territorial determinado, que incluye los barrios de Balvanera y San Cristóbal en su totalidad y los de Almagro, Boedo, Constitución, Montserrat y San Nicolás en forma parcial. Realidad local en el marco general de la gran ciudad, área de intervención que requiere de la exploración regular periódica de sus 600 manzanas (9,35 km²). Gran parte de la labor se focaliza entonces en la observación en terreno del entorno y el contexto. Allí donde la mirada o el “ojo clínico” detectan algún punto o trazo, *“las ciencias sociales*

⁵ Un número significativo de pensiones, viviendas colectivas, hospedajes, y hoteles da cuenta de esta característica.

toman perspectiva para ver el cuadro en su conjunto, solo así es posible comprender las razones de los trazos del pincel”⁶.

La actualización permanente del diagnóstico de situación del Área Programática implica potenciar en terreno nuestra capacidad de observación a través de un desprejuiciado análisis, valorizando en primer término lo que se ve: *mirar para ver*⁷. Trabajo en terreno que implica un relevamiento y mapeo de los lugares de probable intervención junto al registro de instituciones y entidades intermedias. Recorrer las calles, cuadra por cuadra, manzana por manzana; conocer y describir el estado edilicio y la ecología barrial, sus riesgos, sus posibilidades, sabiendo que antigüedad no es igual a deterioro y que deterioro no siempre va asociado a riesgo sanitario y/o ambiental.

Reconocer, diferenciar, comparar zonas de tránsito, zonas de residencia, de alta o baja densidad poblacional, tipos de vivienda: inquilinato, viviendas colectivas, hoteles-pensión, habitaciones alquiladas, terrenos ocupados, así como baldíos, casas, edificios y locales abandonados, estaciones de servicio, espacios verdes y tipos de institución -de salud y acción social, de educación, religiosas, culturales, barriales, deportivas y políticas (de seguridad, de servicios, etc) - .

Búsqueda en el entorno, observación en contexto, trabajo de campo, referente geográfico que se encuentra fuera del espacio de cotidianidad de los profesionales de la salud, donde se despliegan las técnicas necesarias para obtener la información empírica deseada.

El diagnóstico excede la mera agregación de datos descriptivos ya que la complejidad de la realidad trasciende todo intento absoluto de descripción y de comprensión objetivas.

La estrategia operativa empleada permite efectuar la reconstrucción de la realidad mediante el trabajo grupal de intercambio de ideas, información y opiniones por parte del equipo con la intervención de los actores involucrados. La metodología que incorporamos requiere de un espacio de articulación multiactoral. Así, el diagnóstico de situación no puede estar más que abierto a enriquecimientos y revisiones permanentes a medida que se avanza en el tiempo⁸.

Durante los meses de julio y agosto (previos al lanzamiento de la campaña) se efectuaron las actividades que anteceden y las que siguen a los efectos de confeccionar la programación local y el cronograma de vacunación.

⁶ GUASCH, O., **Observación Participante**, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas CIS, 1997. Col. Cuadernos metodológicos Nº 20.

⁷ MIR CANDAL, L., PASTOR, M.A, FERNANDEZ M., **Promover la salud con sentido colectivo**, En: Boletín Informativo del Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social Año 8, Nº 27, Noviembre-Diciembre 1999.

⁸ ROBIROSA, M., **Turbulencia y planificación social. Lineamientos metodológicos de gestión de proyectos sociales desde el Estado**, Buenos Aires, UNICEF-Siglo XXI, 1990.

Indagación y exploración de: 1) Área geográfica, población, sectores de actividad, marco institucional (características y tendencias) comprendido en dicha Área Programática. 2) Los actores sociales públicos y privados con ingerencia efectiva o potencial en el área en cuestión, sus intereses, recursos, acciones e interacciones.

Consideración y mapeo de subáreas: se procedió en primera instancia a efectuar una división en subregiones del área geográfica de responsabilidad con un mapeo que permitiera abarcar todas las instituciones de cada una de ellas; en principio, el Área Programática contó con toda la información registrada y actualizada en el tiempo, como ya se señaló, representada fundamentalmente por las instituciones de educación - competencia del Programa de Salud Escolar⁹

Consideración de diversos rubros institucionales: en principio dos grandes rubros en cuanto a educación -el ámbito gubernamental como el no gubernamental- , además de otras instituciones de diversa índole.

También formaron parte de estas actividades:

La *priorización* de lugares de acuerdo a etapas de la campaña.

La *confirmación* en terreno o actualización del relevamiento.

El establecimiento de *contactos personales* y la *difusión* por medio de notas y comunicaciones escritas.

Los *refuerzos* de pedidos de información vía fax y telefónica.

Destacamos, como experiencia novedosa la inclusión y el rol de las instituciones privadas y las obras sociales en vinculación con lo público en la ejecución de esta campaña¹⁰.

La Población objetivo del Área Programática del Hospital Ramos Mejía es de 59.108 mujeres residentes, de acuerdo a los datos del Ministerio de Salud.^{11 12}

Podríamos considerar aquí algunos aspectos cuantitativos de la Campaña, pero no es el propósito de este trabajo: esta información se encuentra a disposición de cualquier interesado; el Ministerio de Salud del GCBA. confeccionó planillas de los avances de la campaña en forma semanal, al igual que un informe final de resultados. A efectos prácticos, más allá de las variaciones que se dieron semanalmente debidas a diversas contingencias, se alcanzó en toda la ciudad una cobertura de vacunación del 90% de la población destinataria.

⁹ El Programa de Salud Escolar es uno de los más importantes que desarrolla el Área Programática e incluye educación inicial, primaria, media y actualmente se han agregado también algunos institutos terciarios.

¹⁰ Nos referimos a los vacunatorios privados y las Obras Sociales que participaron activamente en la vacunación.

¹¹ Se trabajó con los datos del INDEC Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. Resultados definitivos, Características seleccionadas, Capital Federal, Serie B Nº 1 Parte 1, Buenos Aires, 2002.

¹² No obstante, también se vacunó a mujeres no residentes y también a varones comprendidos entre los 15-39 años de poblaciones cautivas, según directivas de las autoridades de la campaña.

Veamos a continuación algunas oportunidades, fortalezas, debilidades y amenazas de la campaña.

Oportunidades

- 1) la vacunación en sí como oportunidad.
- 2) la capacitación del Programa de Inmunizaciones y de Epidemiología.
- 3) la asistencia desde el nivel central.
- 4) la articulación con áreas de gobierno.

Debilidades

- 1) Desarticulación entre instancias gubernamentales. Ej. Nación / Ciudad., y entre los dos ministerios de educación y de salud. Teniendo en cuenta la histórica fragmentación del sistema sanitario en Argentina, la misma se manifestó en las dificultades de coordinación entre las diferentes organizaciones sanitarias, en parte por la amplia fragmentación del sistema de salud.
- 2) Comité de Campaña Central (ministerial): La fragmentación del sistema sanitario reflejada en la fragmentación de los sectores involucrados y los niveles de responsabilidad y conducción: superposición de directivas, instrucciones contradictorias.
- 3) Reprogramación local en función de las disponibilidades de la empresa privada recolectora de residuos patogénicos en cuanto a cantidad de lugares y horarios pocos días antes del inicio de campaña.

Amenazas

- 1) Simultaneidad y superposición de contactos generados desde el nivel central y desde este efector.
- 2) Acciones de grupos privados no articulados desde el comité de campaña central con desconocimiento del efector responsable.
- 3) Articulación del Ministerio de Salud de Nación con instituciones del Área Programática al margen del comité de campaña local (hospitalario).
- 4) Circulación por Internet de información detractora de la vacuna antirubeólica utilizada.
- 5) Falta de comunicación masiva adecuada en tiempo y forma; los materiales oficiales de difusión (trípticos y afiches) fueron distribuidos a la fecha de finalización de la campaña.
- 6) Tardía contratación de la empresa privada que se ocupa de la recolección de los residuos patogénicos.
- 7) Tardía planificación de la recolección de residuos patogénicos.
- 8) A la fecha de lanzamiento de la campaña no se cuenta con los recursos financieros previstos para la ejecución de la misma.

Fortalezas

- 1) El equipo de campaña del Hospital Ramos Mejía hace posible el inicio de la misma en la fecha prevista (1/09), sólo contando con los recursos financieros propios por decisión de la Dirección; esto permite sostener el compromiso con las instituciones y cumplir con el cronograma establecido.

- 2) La capacidad de respuesta y flexibilidad para adaptarse a situaciones que exigen tomas de decisión inmediatas del efector local, en relación con vacunadores, administrativos, equipo de microprogramación en terreno y contingencias institucionales.
- 3) Actualización semanal del avance de la campaña al personal del equipo de salud por parte del nivel central.
- 4) Articulación intersectorial e interinstitucional permanente en el efector local.
- 5) Movilización de múltiples actores necesarios para el desarrollo de la campaña.
- 6) Movilización del recurso sanitario necesario.

A modo de consideración final

Las oportunidades, entonces, las pierden quienes quedan expuestos al riesgo de enfermedades con sus severas consecuencias de morbimortalidad y los equipos de salud que desaprovechan recursos en campañas a destiempo y acciones que los alejan de la población destinataria.

El trabajo interdisciplinario posibilita abordar la vacunación como un proceso y no sólo como acción puntual o cuestión de campaña. Para lo cual cobra suma importancia el trabajo previo que posibilita que la vacunación en tanto campaña constituya un acontecimiento social y público¹³, es decir común, compartido, sentido como necesidad por todos. Para que cada vacunado sea un protagonista promotor de salud nos compromete a todos los actores en una estrategia permanente de promoción y prevención que posibilite hacer nuestro el bien -estar en salud.

¹³ TABIBZADEH, I., **La ciudad en Primer Plano. El mejoramiento de la higiene urbana en los países en desarrollo**, Ginebra, O.M.S., 1990.