



MINISTERIO DE SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS
FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA - UNICEF

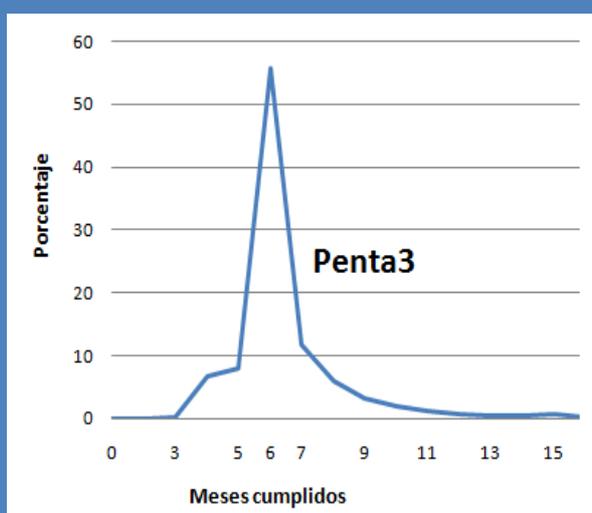


ENCUESTA DE COBERTURA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS DE 12 A 59 MESES -ENCOVA 2013

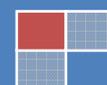
(ENTIDAD EJECUTORA: POBLACIÓN DESARROLLO Y MEDIO AMBIENTE - PODEMA)

ENCUESTA NACIONAL DE COBERTURA DE VACUNACIÓN ENCOVA 2013

INFORME RESUMIDO



BOLIVIA, MARZO 2014



ÍNDICE DE CONTENIDO

Antecedentes	1
Justificación	2
Objetivo principal	2
Objetivos secundarios	2
Objetivos del Estudio Operativo	3
Metodología	3
Implementación	3
Metodología de análisis.....	3
Resultados	4
Coberturas según varias fuentes	4
Coberturas por vacuna	5
Equidad en la vacunación	6
Vacunación en los últimos 5 años	6
Vacunación por edad	7
Vacunación oportuna.....	8
Simultaneidad de la vacunación	8
Acceso y tasas de deserción.....	8
Razones de no vacunación.....	9
Percepciones de la entrevistada	9
Percepciones y prácticas de los vacunadores.....	9
Vacunación contra el tétanos.....	10
Estudio Operativo	10
Grupos Focales	10
Limitaciones de la ENCOVA 2013.....	11
Conclusiones	11
Recomendaciones.....	12
Agradecimientos	13

INFORME RESUMIDO

Antecedentes

En Bolivia se han realizado ENCOVAs los años 1987 y 1990. En varias reuniones de evaluación se ha recomendado levantar una nueva ENCOVA.

Evaluación Internacional PAI 2012

*“La **falta de concordancia** entre las **coberturas administrativas** (niños y niñas menores de 1año) y las coberturas de la **ENDSA 2008** (niños y niñas de 18-29 meses)” **“ameritan ser estudiadas a mayor profundidad** por un grupo de trabajo interprogramático”.*

*“...los resultados del componente de **calidad del dato** sugieren que los **numeradores son bastante exactos**, por lo tanto, el próximo paso sería analizar la oportunidad de la vacunación, es decir, verificar si hay niños y niñas que completan el esquema de vacunación tardíamente, así como, cuantificar el nivel de sub notificación de otros sectores, particularmente el privado.”*

Principal recomendación al respecto:

Realizar una ENCOVA con estratificación departamental

Evaluación Calidad de Datos GAVI 2012

“En todos los niveles existe disponibilidad de registros diarios (cuaderno dentro y fuera del servicio) y consolidados mensuales de vacunación y suficientes carnets de vacunación para niños y adultos.” “Existe alta concordancia en los datos disponibles entre cuadernos y SNIS, y entre establecimiento de salud y redes/municipios y nivel nacional”.

“El sistema de información al no ser nominal no facilita la identificación a los faltistas (niños y niñas con esquemas incompletos). Aunque se puede hacer con copias de los carnets, se observaron ejemplos de uso del tarjetero (“zapatero”) y mapas”.

Principal recomendación al respecto:

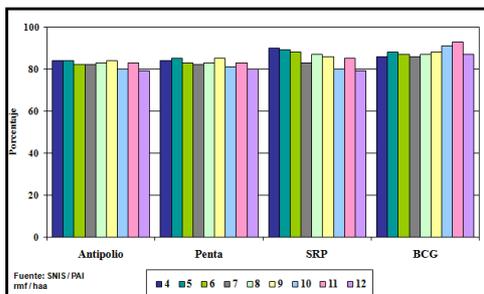
Implementar ENCOVA para comparar con coberturas reportadas.

- *Incluir un análisis de vacunación oportuna y cumplimiento de esquemas.*
- *Identificar razones de no vacunación o vacunación incompleta.*

Justificación

- El PAI de Bolivia, tanto a nivel nacional como departamental, hace grandes esfuerzos por lograr niveles de coberturas de vacunación de al menos un 95 por ciento (cobertura útil de vacunación) con vacunas de calidad y gratuitas para la población.
- Desde el año 2004, según los datos administrativos registrados a nivel nacional, las coberturas con Penta3 (cobertura trazadora) no ha logrado subir de 85 por ciento.
- En 2012 se reportó 79.7 por ciento para penta3.
- Las coberturas parecen ser más altas según monitoreos rápidos de cobertura de SRP/SR y coberturas de ENDSA 2008.

Gráfico 1. Evolución de coberturas de vacunación en niños y niñas por años Bolivia, 2004 – 2012



Objetivo principal

Establecer las coberturas de vacunación en niños y niñas de **12 a 59 meses** a nivel de los **nueve departamentos del país (urbano/ rural) y de El Alto** con:

- BCG (dosis única),

- OPV (1°, 2°, 3° dosis y refuerzos)
- Pentavalente (1°, 2° y 3° dosis y refuerzos)
- Antirotavírica (1°, 2° dosis)
- SRP (1° dosis)
- Anti amarílica (AA)
- Influenza estacional y
- Esquema básico completo **(BCG+OPV3+Penta3+SRP)**.

Objetivos secundarios

1. Calcular la tenencia de **carnet**;
2. Determinar el **acceso** a la vacunación (BCG y Penta1);
3. Calcular las **tasas de deserción**;
4. Calcular la **oportunidad** y **simultaneidad** de la vacunación;
5. Determinar algunas **oportunidades perdidas** de vacunación (por fechas de vacunación) ;
6. Evaluar las **percepciones** de la vacunación entre madres/ responsables de los niños y niñas;
7. Determinar las **razones** que las madres aducen **para no vacunar a sus niños y niñas** y los factores asociados con no vacunación y con vacunación incompleta o retrasada; y
8. Evaluar **coberturas y percepciones de grupos específicos** (rural-urbano y algunas comunidades indígenas).

La meta última de la ENCOVA es tener un mejor acercamiento a las coberturas reales y apoyar al PAI para poder diseñar e implementar estrategias para mejorar coberturas en todo el país.

Objetivos del Estudio Operativo

1. Determinar el **valor predictivo de la historia materna** en comparación con el carnet y con registros de vacunación del establecimiento, sobre cada dosis de vacuna;
2. Calcular la **concordancia de los datos de fechas** de vacunación entre carnet del niño y los registros de vacunación del establecimiento para cada dosis de vacuna (si se vacuna siempre en el mismo lugar) o para la última vacuna;
3. Evaluar la **legibilidad y llenado completo de los carnets** mediante **análisis de fotografías** de los carnets tomadas en terreno; y
4. Determinar el grado de **concordancia inter-observador de la transcripción de datos de carnets** de vacunación entre dos o más personas (una de ellas de PAI a partir de foto de carnets).

Este estudio se realizó en: **La Paz, Santa Cruz y Cochabamba** (representando cada ecoregión). *[El análisis detallado de este estudio operativo se realizará en una segunda etapa con apoyo de OPS, el GID y UNICEF].*

Metodología

- Encuesta por conglomerados, estratificada por Departamento (urbano – capital del Departamento y rural - resto) y El Alto (**10 dominios**)
- Población elegible: niños y niñas de **12 a 59 meses** al momento de la encuesta, **residentes** de la vivienda encuestada y cuya madre o

responsable provean **consentimiento informado oral**.

- Selección de la muestra: **probabilística en etapas**
- Entrevista a **trabajadores de salud y grupos focales** de madres

Implementación

- Buscando **imparcialidad**, se contrató equipo externo para implementación de la ENCOVA.
- Se consensó el **protocolo** entre Ministerio y socios y se obtuvo **aval de la comisión de ética** previo a la implementación de la ENCOVA
- **Capacitación exhaustiva** y pruebas piloto (con apoyo del PAI)
- Se visitaron unos **13,000 hogares y 305 centros de salud**
- Se aplicó cuestionario entre **octubre y diciembre 2013**.
- **Todo niño y niña elegible** en el hogar fue encuestado.
- Se usó información del **carnet de vacunación de la casa** (86 por ciento), o del **centro de salud** (9 por ciento) y cuándo no estuvieron disponibles la **historia de la madre** (5 por ciento).

Metodología de análisis

- Se calculó cobertura para cada vacuna por departamento y urbano/rural y cobertura con **esquema básico completo (BCG+Penta3+Polio3+SRP)**.
- Se realizó análisis univariado para estudiar factores relacionados con vacunación.
- Se calculó el porcentaje de niños y niñas vacunados oportunamente

(entre aquellos con datos con fechas)

- Para la parte del estudio operativo (comparación de fotos) se calculó concordancia de datos de fechas.
- Se realizó doble digitación y se usó SPSS para análisis de datos.
- Se realizarán análisis más detallados para los objetivos secundarios y el estudio operativo en una segunda etapa.

Resultados

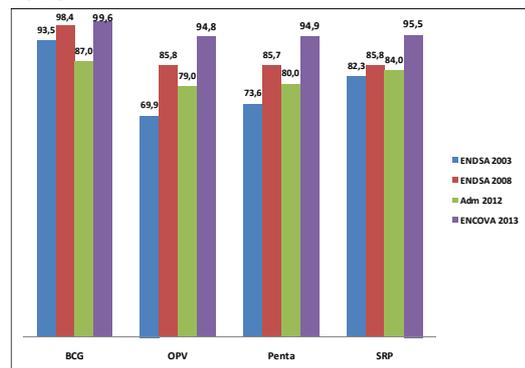
- No fue necesario reemplazar conglomerados
- Los hogares reemplazados fueron de alrededor del 1 por ciento (no informante a pesar de revisita, rechazos)
 - Se revisitaron un 12 por ciento de hogares para lograr obtener información completa.
- N=3600 niños y niñas; en 30 conglomerados de 12 niños y niñas c/u por Departamento y El Alto.
- **Se realizó ponderación para los análisis por las características del diseño de la muestra.**
- 50 por ciento de entrevistados se autoidentifica con naciones o pueblos indígenas.
 - 27 por ciento quechuas
 - 20 por ciento aymaras
 - 2 por ciento guaraníes
 - 2 por ciento otras
- 98.4 por ciento de los 3600 niños y niñas en la muestra indican haber recibido carnet de vacunación.
- **86 por ciento presentaron carnet de vacunación en la casa;** 9 por ciento se

recuperaron los datos en los establecimientos de salud; 5 por ciento sin datos de carnet.

- Se encontró diversidad de carnets de vacunación en el terreno.
- No todos los establecimientos visitados contaban con tarjetero.
- De los 3600 niños y niñas en la muestra, 6 tienen 0 dosis de vacunas (0,17 por ciento), los 6 viven en zonas urbanas.

Coberturas según varias fuentes

Gráfico 2. Coberturas según ENDSA 2003 y 2008 (18 -29 meses), administrativas 2012 (menores de 1 año*) y ENCOVA 2013

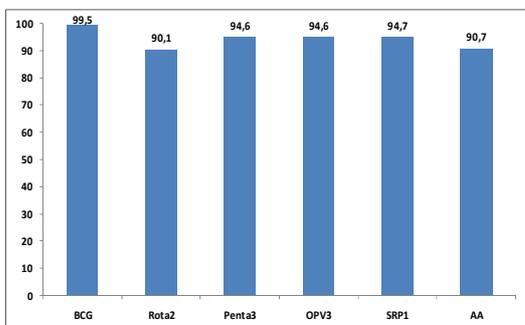


(*) 1 año para SPR

Esta gráfica muestra las coberturas de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) 2003 y 2008, las administrativas 2012 y la ENCOVA 2013. Esta última presenta entre 10 y 15 por ciento mayor cobertura con las diferentes vacunas.

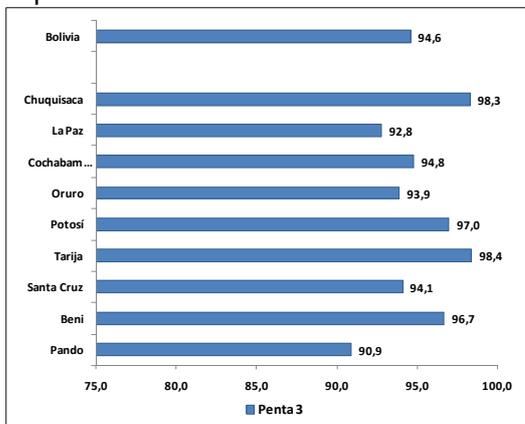
Coberturas por vacuna

Gráfico 3. Coberturas por vacuna, niños y niñas de 12 a 59 meses de edad, Bolivia



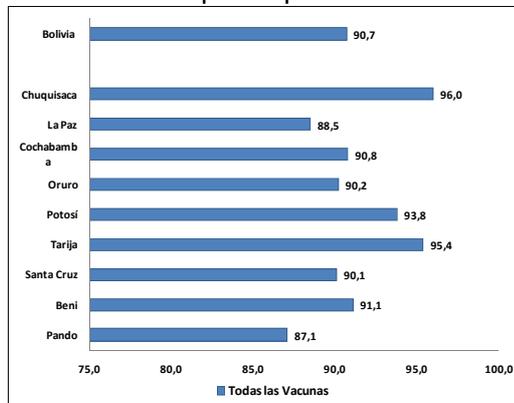
Las coberturas son altas, entre 90 y 95 por ciento con todas las vacunas en el grupo de edad de 12 a 59 meses. Se puede apreciar que la cobertura con BCG es prácticamente completa

Gráfico 4. Cobertura Penta3, niños y niñas de 12 a 59 meses de edad por departamento



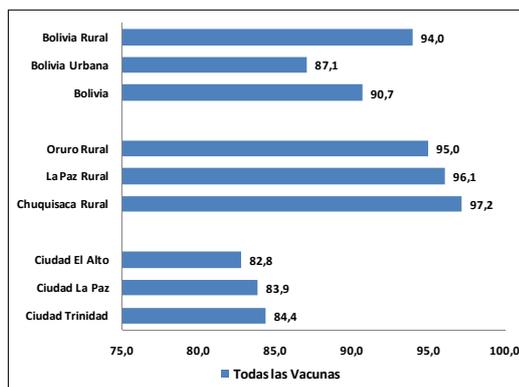
Las coberturas con Penta3 son altas en todos los departamentos del país más de 90 por ciento, destacan los departamentos de Chuquisaca, Tarija y Potosí.

Gráfico 5. Coberturas, esquema básico completo, niños y niñas de 12 a 59 meses de edad por departamento



La cobertura con el esquema básico completo (BCG-Polio3-Penta3-SRP) es de 90,7 por ciento en Bolivia. **Se destacan los departamentos de Chuquisaca (96 por ciento) y Tarija (95,4 por ciento)** y con las coberturas más bajas en Pando y La Paz

Gráfico 6. Esquema básico completo, niños y niñas de 12 a 59 meses de edad por áreas seleccionadas



Se aprecia que la cobertura rural (94 por ciento) es significativamente más alta que la urbana (87 por ciento).

A nivel de las áreas urbanas y rurales de los departamentos se destacan las zonas rurales de Oruro, La Paz y Chuquisaca por presentar las mayores coberturas de Bolivia. Al otro extremo, **las menores coberturas, están en las ciudades de El Alto, La Paz y Trinidad y también son bajas las coberturas de las ciudades de Cochabamba y Santa Cruz.**

Equidad en la vacunación

- **No se observan diferencias significativas en coberturas por género y otras variables.**
- No se observan diferencias estadísticamente significativas en coberturas por autoidentificación con naciones o pueblos indígenas a nivel nacional ni al interior de cada departamento.

Gráfico 7. Cobertura con Penta3 de niños y niñas, según educación de la madre

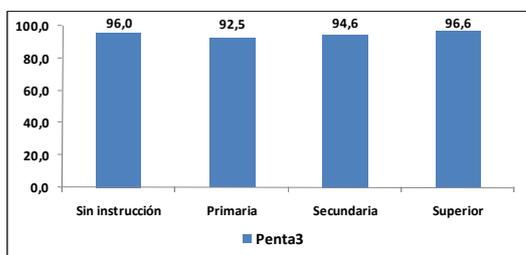


Gráfico 8. Cobertura con Penta3 de niños y niñas, según ocupación de la madre

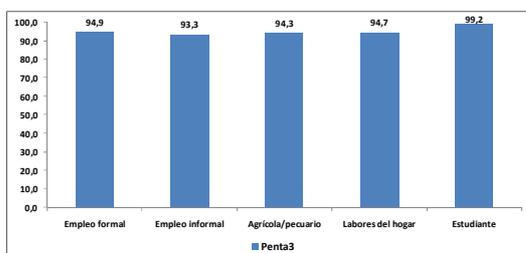
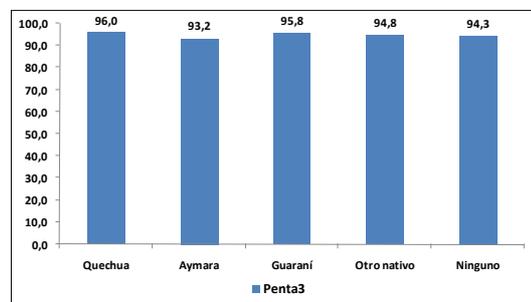
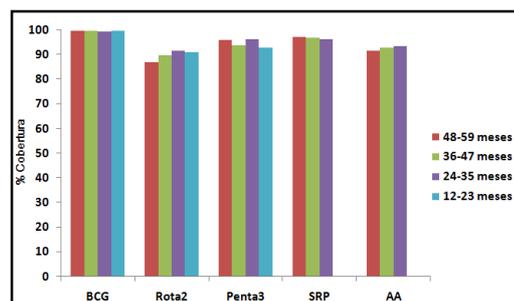


Gráfico 9. Cobertura con Penta3 de niños y niñas, según pertenencia de la madre a alguna nación o pueblo indígena



Vacunación en los últimos 5 años

Gráfico 10. Coberturas por edades

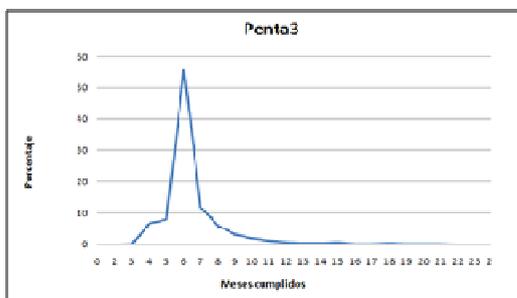


Altas coberturas con las diferentes vacunas en las edades consideradas indican que **la vacunación ha sido alta y constante en los últimos 5 años.**

La vacuna antirotavírica fue introducida en agosto del 2008. La gráfica muestra que la cobertura con antirotavírica2 ha ido mejorando en los últimos años.

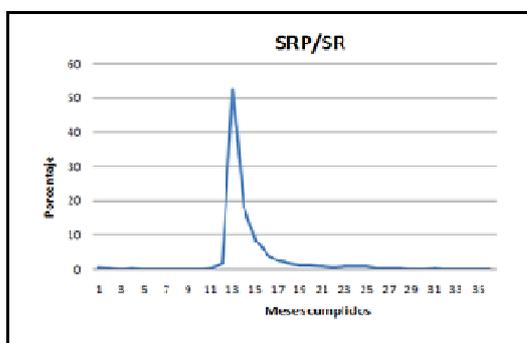
Vacunación por edad

Gráfico 11. Edad de vacunación para Penta3



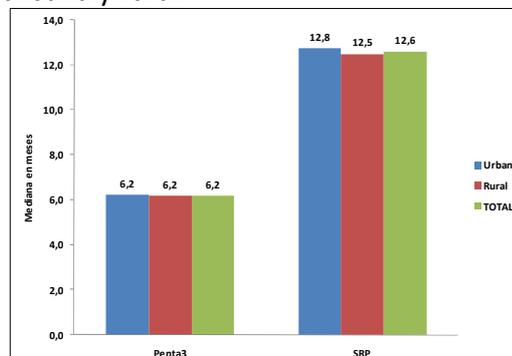
La mayoría de los niños y niñas cumplen el esquema de tres dosis con Pentavalente entre los 5 y 9 meses de edad con una gran concentración a los 6 meses, que es lo esperado.

Gráfico 12. Edad de vacunación para SRP/SR



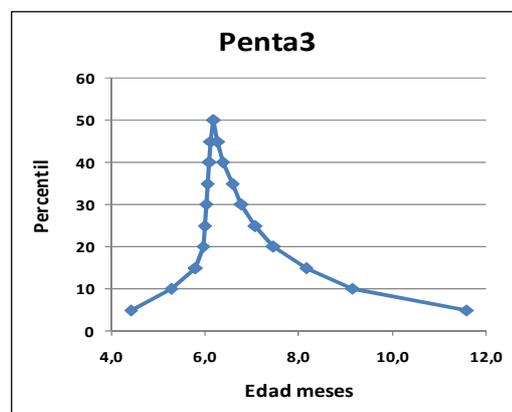
Con SRP son vacunados entre los 12 y 17 meses con una fuerte concentración a los 13 meses, lo que muestra que se vacunan principalmente en la edad correspondiente.

Gráfico 13. Mediana en meses de la vacunación de Penta3 y SRP. Bolivia, área urbana y rural



La edad mediana de la vacunación es de 6.2 meses para la Penta3 y 12.6 meses para SRP, tanto para áreas urbanas como rurales. Esto muestra que la mitad de los niños y niñas están vacunados antes de éstas edades.

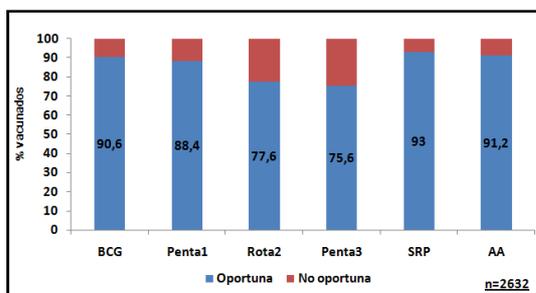
Gráfico 14. Edad en meses de la vacunación con Penta3 por percentiles, total Bolivia



Si bien hay una fuerte concentración de la vacunación alrededor de la edad mediana, todavía se observan importantes proporciones de vacunación antes de los 5 y después de los 9 meses de edad, por lo que la vacunación oportuna de Penta3 no alcanza a todos los niños y niñas.

Vacunación oportuna¹

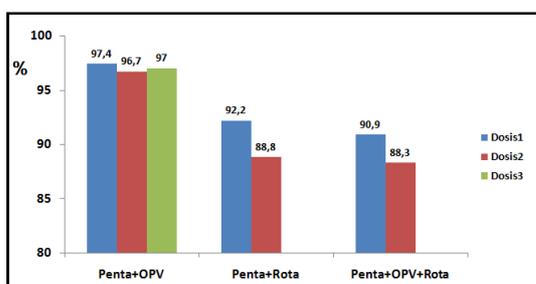
Gráfico 15. Porcentaje de vacunación oportuna (entre vacunados con datos documentados), Bolivia, ENCOVA 2013



Las dosis de vacuna BCG, Penta1, SRP y AA están entre 88 y 93 por ciento, algo más bajas son las dosis oportunas de Rota2 y Penta3, 78 y 76 por ciento, que deberán mejorarse.

Simultaneidad de la vacunación

Gráfico 16. Simultaneidad de la vacunación(*)



*(Niños y niñas con fechas de vacunación disponibles)

1 Dosis oportunas: BCG: 0 a 30 días; Penta1: 42 a 90 días; Rota2: 70 a 150 días con al menos 28 días entre dosis; Penta3: 98 a 210 días con al menos 28 días entre dosis. SRP1: 365 a 729 días; y Antiamarílica 182 a 395 días.

Las dosis para las vacunas Penta y OPV se aplican simultáneas tanto en la primera, segunda como tercera dosis en un 97 por ciento.

Las dosis simultáneas para Penta y Rota son altas en las primeras dosis (92 por ciento) y no tanto en las segundas dosis (89 por ciento).

La simultaneidad entre Penta, Antipolio y Antirotavírica son altas en primeras dosis (91 por ciento) y no tanto en segundas dosis (88 por ciento).

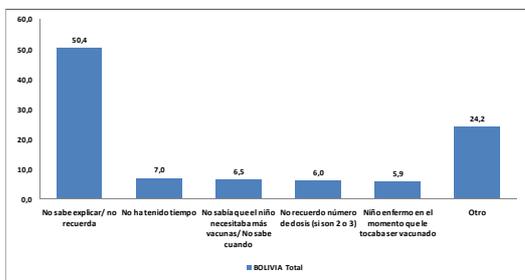
La simultaneidad entre **SRP** y **Antiamarílica** fue de **69** por ciento (no se muestra en la gráfica).

Acceso y tasas de deserción

- **Alto acceso a vacunación (BCG 99,4 por ciento y Penta1 98,9 por ciento)**
- **Tasa de deserción penta1-penta3: 4,7 por ciento**
 - Rango: Chuquisaca 1,5 por ciento a Pando 8,8 por ciento
 - *Referencia:* 6,3 por ciento en 2012 (datos administrativos)
- **Tasa de deserción Rota1-Rota2: 6,6 por ciento**
 - Rango: Chuquisaca 0,5 por ciento a La Paz 8,6 por ciento (La Paz urbano 14 por ciento y Beni urbano 11,1 por ciento)

Razones de no vacunación

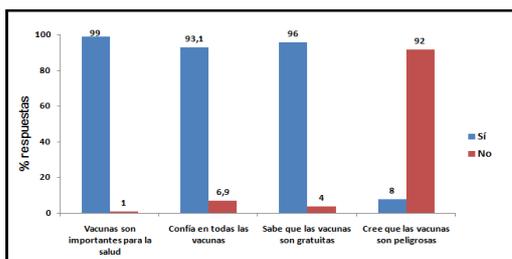
Gráfico 17. Razones de no tener la vacuna Penta3



Entre las razones de no vacunación, la mitad de las madres no pudieron explicar o no recordaban porque sus niños o niñas no tienen Penta3. El 20 por ciento no tenían tiempo o no recordaban que dosis les faltaba a sus niños o niñas y al 6 por ciento no le hicieron vacunar, porque el niño o niña estaba enfermo.

Percepciones de la entrevistada

Gráfico 18. Percepciones de la entrevistada

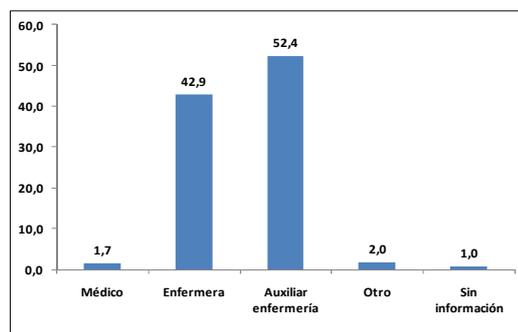


El 99 por ciento creen que las vacunas son importantes para la salud y el 92 por ciento cree que las vacunas no son peligrosas.

Percepciones y prácticas de los vacunadores

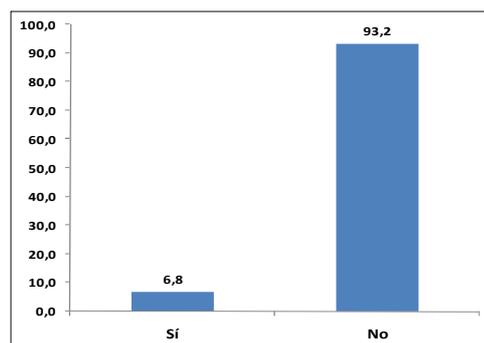
Se aplicó el cuestionario de establecimientos de salud en 305 centros de salud del área donde cayó la muestra de hogares ENCOVA.

Gráfico 19. Principalmente quién vacuna en el establecimiento de salud



Se muestra que casi todas las vacunas son aplicadas por auxiliares y enfermeras (97 por ciento).

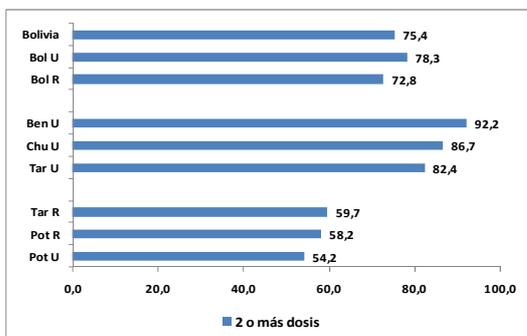
Gráfico 20. Aplicaría dos vacunas inyectadas a un niño o niña en la misma pierna o brazo al mismo tiempo



Más del 90 por ciento del personal de salud indica que no inyectarían dos vacunas en el mismo brazo o pierna de los niños y niñas. Tienen percepciones similares las madres.

Vacunación contra el tétanos

Gráfico 21. Porcentaje de mujeres vacunadas contra el tétanos con 2 o más dosis, por área seleccionada



La cobertura para Bolivia es del 75.4 por ciento. Esta cobertura es casi el doble que en la ENDSA 2008 (40 por ciento).

Entre las mejores coberturas se destacan las ciudades de Trinidad (92 por ciento) Tarija (82 por ciento) y Sucre (87 por ciento) las menores coberturas se encuentran en Tarija rural y el departamento de Potosí no llegan al 60 por ciento.

Las mujeres vacunadas con una dosis o más llegan a un 87 por ciento en Bolivia.

Se deben monitorear mejor las coberturas administrativas por dosis, para consolidar el control del tétanos neonatal.

Estudio Operativo

El Estudio Operativo fue aplicado a un total de 1080 niños y niñas elegibles para la ENCOVA distribuidos en un departamento de cada ecoregión: La Paz (excepto El Alto), Cochabamba y Santa Cruz (360 niños y niñas de 12 a 59 meses de edad por departamento).

Los resultados son:

- 997 fotos de carnets + 36 de otro registro en **hogares**.
- 446 fotos de carnets + 340 de otro registro del **establecimiento**.
- 446 registros se pudieron comparar.

Se tiene el 90 por ciento de concordancia al comparar la foto del carnet de salud infantil tomada en el hogar por los encuestadores versus la foto del mismo carnet tomada en el servicio de salud por el personal PAI que apoyó en la encuesta.

Más del 90% de concordancia se tiene al comparar la foto del carnet de vacunas tomada en el servicio de salud y el registro de vacunas llenado del carnet por el personal PAI (BEAR) en el servicio.

Grupos Focales

Ante la preocupación de las altas coberturas de vacunación capturadas por la ENCOVA 2013, se conformaron grupos focales, como una actividad complementaria a la investigación. Éstos estuvieron conformados por madres que tenían hijos menores de cinco años, todos con vacunación completa; los grupos tenían como mínimo seis participantes y un máximo de ocho.

Se destacaron las siguientes conclusiones:

- Todas las entrevistadas están de acuerdo que las vacunas son importantes para la salud de sus hijos, aunque no tienen conocimiento profundo sobre las vacunas y no están seguras si sus niños o niñas tenían los esquemas completos.

- Todas consideran que el carnet de salud es importante para el seguimiento de las vacunas que su niño o niña necesita, también para la inscripción a la escuela y realizar cobros del bono Juana Azurduy.
- En general las madres dan mucha importancia a las vacunas, aunque hay un nivel bajo del conocimiento sobre que enfermedades protegen las mismas.

Limitaciones de la ENCOVA 2013

- No todos los establecimientos contaban con tarjetero y algunos servicios no lograron ubicar los registros de niños y niñas de la encuesta.
- Se encontraron múltiples formatos de carnets en el terreno.
- Los carnets no permitían el registro adecuado de todas las vacunas a ser evaluadas (ej. Influenza, refuerzos).
- No se encontraron carnets de campaña de vacunación 2011-2012 (SRP/SR) lo que no permitió calcular la cobertura de esa campaña.

Conclusiones

- **Altas coberturas en niños y niñas 12-59 meses**
 - Coberturas mayores al 90 por ciento para esquema básico completo (BCG+Penta3+Polio3+SPR) y todas las vacunas del esquema (excepto influenza y refuerzos)
 - Sólo 6 niños y niñas (de 3600 encuestados) con 0 dosis (todos en zona urbana)

- **El acceso a la vacunación es muy alto.**
- **Las tasas de deserción varían, pero a nivel nacional son menores al 5 por ciento para penta1-3**
- **Coberturas más bajas en áreas urbanas que rurales.**
 - Principalmente en las ciudades de La Paz, El Alto, Trinidad, Santa Cruz y Cochabamba (40 por ciento de toda la población).
- **Las vacunas son muy aceptadas por la población.**
 - Las razones que dan las madres de porque no están vacunados sus niños y niñas, evidencian la falta de conocimiento claro que tienen sobre las vacunas.
- **La vacunación es una intervención equitativa en todo el territorio.**
- Diferencias entre resultados de encuesta y datos reportados sugieren limitaciones en las coberturas administrativas
 - Denominadores, vacunación atrasada, subregistro de datos de privados
- **Alta tenencia de carnet** (sólo 1,6 por ciento refiere no tenerlo)
 - Pero hay gran diversidad de carnets
- Aunque hay tarjeteros en muchos establecimientos, no así en todos.
- **Ni la influenza estacional ni los refuerzos han logrado coberturas comparables con el esquema básico.**
- Las inyecciones simultáneas parecen tener poca aceptación
 - Tanto por madres como por el personal de salud.

- Importante a considerar para introducción de la vacuna antineumocócica.
- Aún se vacuna, en un 7 por ciento, en las nalgas de los niños y niñas.

Recomendaciones

- Buscar mecanismos que aseguren el mantenimiento de las altas coberturas
 - Sostenibilidad del programa, a través de presupuesto suficiente y oportuno.
 - Comunicación social permanente y la promoción de salud incluyendo vacunación, para mantener alta demanda de parte de la población.
 - Supervisión capacitante periódica y seguimiento de niños y niñas que les falta completar su esquema.
 - Reconocimiento y motivación al personal de salud.
- Realizar análisis detallados para entender mejor la situación de vacunación en cada Departamento y hacer planes del PAI específicos.
 - Buscar tesis u otros mecanismos.
- Considerar estudios especiales en áreas con bajas coberturas
 - Oportunidades perdidas, barreras, causas de no vacunación y deserción.
 - Conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) del personal y de los usuarios.
- Mantener el trabajo que se viene realizando en calidad de datos.
- Asegurar el seguimiento de esquemas en el nivel local para promover vacunación oportuna y contactar a los que les falta completar su esquema.
 - Fomentar el uso de tarjeteros

(físicos o electrónicos).

- Regularizar el uso de un carnet de salud infantil (CSI) estandarizado.
- Incluir instrucciones y capacitar en el registro correcto.
- Considerar papel plastificado u otro que evite el deterioro del CSI.
- Considerar el desarrollo de un registro nominal de vacunación, en el contexto de los sistemas de información nominales del país
 - Mejoraría los datos de coberturas, pudiendo servir de denominador al tener a toda la población meta
 - Facilitaría el seguimiento de esquemas individuales.
- Fortalecer y monitorear el uso de los refuerzos de polio y pentavalente.
 - Incluir coberturas de refuerzos como Indicadores de Gestión del PAI y de servicios
 - Incluir su monitoreo en la hoja de supervisión
- Reforzar la vacunación contra la influenza para grupos prioritarios.
 - Comunicación social, educación, monitoreo de coberturas, supervisión.
- Mejorar la oportunidad para la aplicación de la Antitrotavirica2
- Mejorar la aplicación simultanea de la SRP y Antiamarílica
- Completar los análisis secundarios y de estudio operativo.
- Considerar los resultados de la ENCOVA en el monitoreo de coberturas regulares.
 - Número de dosis de BCG puede tomarse como un número mínimo de niños y niñas a vacunar.

- Continuar monitoreo de tendencias de numeradores.
- Apoyar en la capacitación de encuestadores de la próxima ENDSA en temas de vacunación tomando en cuenta la experiencia de la ENCOVA 2013.
- Difundir los resultados de la ENCOVA 2013 a los diferentes SEDES, REDES de salud, Colegios de Profesionales, Sociedades Científicas, Organizaciones de Trabajadores en Salud, Universidades, Escuelas de Salud y Organizaciones Sociales.

Agradecimientos

- A los hogares entrevistados, particularmente a las madres de los 3600 niños y niñas de la encuesta y a los establecimientos de salud visitados.
- A los equipos de entrevistadores y supervisores.
- A los Socios: OPS, UNICEF, CDC, CIDA-Canadá, GAVI.
- Al Comité de Ética.
- A los vacunadores de Bolivia por su abnegada y exitosa tarea.

