Mejorar las Tasas de Vacunación por medio de Campamentos e Incentivos Periódicos en India

Investigadores/as:

Abhijit Banerjee

Esther Duflo

Rachel Glennerster

Dhruva Kothari

Sector(s): Salud

Ubicación: Udaipur, India

Muestra: 134 villages with almost 2,000 children

Grupo objetivo: Children under five

Resultado de interés: Immunization

Tipo de intervención: Health care delivery Non-monetary incentives

Número de registro del AEA RCT Registry: AEARCTR-0001434

Datos: Download from Dataverse

Socios Implementadores: Seva Mandir

Problema de política pública

La inmunización es una manera altamente costo-efectiva de mejorar la supervivencia infantil, sin embargo, cada año se estima que 2 a 3 millones de personas mueren de enfermedades que se podrían haber evitado con la administración de vacunas. Las altas tasas de ausentismo entre los proveedores médicos y los suministros de vacunas no confiables pueden contribuir a las bajas tasas de vacunación en muchos países en desarrollo. La falta de comprensión de los beneficios de la vacunación, o incluso la desconfianza en los servicios de salud gubernamentales, han aparecido como posibles causas. Las transferencias condicionales han sido efectivas para aumentar las tasas de vacunación, pero estos programas son muy caros y han sido probados principalmente en áreas donde los servicios de salud funcionan relativamente bien. ¿Pueden incentivos relativamente pequeños tener un impacto en las tasas de vacunación? O cuando las tasas de vacunación son muy bajas ¿La oposición está demasiado enraizada para ser impactada por pequeños incentivos? ¿Qué parte del problema se debe sólo a suministros no confiables?

Contexto de la evaluación

En India los servicios de inmunización son ofrecidos gratuitamente en instalaciones de salud pública, pero las tasas de vacunación siguen siendo bajas. De acuerdo con el estudio National Family Health, solo 44% de los niños de 1-2 años de edad han recibido programas básicos de inmunización. La tasa cae a 22% en zonas rurales de Rajasthan, y es probable que los datos sobreestimen las tasas de inmunización. Un minucioso sondeo encontró que sólo 2% de los niños había recibido el programa completo de vacunas en aldeas mayoritariamente tribales en el distrito rural de Udaipur. Las instalaciones públicas que atienden estas áreas se caracterizan por un alto ausentismo: 45% del personal de salud que lleva a cabo las inmunizaciones (Matronas

Auxiliares de Enfermería o ANM's), se ausenta de los centro de salud basados en las aldeas (y no fueron halladas en ninguna parte en la aldea), en cualquier día laboral sin presentar algún patrón predecible de ausentismo. Teniendo en cuenta que un proceso completo de inmunización requiere al menos 5 visitas al servicio público de salud, la baja fiabilidad de las ANM aumenta el costo de oportunidad de una visita al sub-centro y puede disuadir a las familias de llevar a sus hijos para cumplir con el programa completo de inmunización.



A parent receives a kilogram of lentils at a vaccination clinic in Rajasthan, India. Photo: J-PAL/IPA

Detalles de la intervención

Este estudio evalúa la eficacia y costo-efectividad relativos de mejorar la oferta de infraestructura para la inmunización, y de simultáneamente mejorar la oferta y aumentar la demanda a través del uso de pequeños incentivos no monetarios. Se evaluaron dos intervenciones en la zona rural de Udaipur, y un tercer conjunto de aldeas seleccionadas aleatoriamente sirvió como grupo de comparación.

- *Intervención A:* Seva Mandir (ONG local) contrató un equipo móvil de inmunización, que incluía una ANM y un asistente con el fin de llevar a cabo campamentos de inmunización en aldeas. Los campamentos estaban disponibles de 11h a 14h, en fechas establecidas del mes. La presencia de una ANM en las aldeas se verificaba mediante fotografías donde aparecía la hora y la fecha, así como un seguimiento periódico. Los registros indican que 95% de los campamentos planificados se llevaron a cabo y no fueron interrumpidos por ausencia del proveedor. Un asistente social de Seva Mandir, que vive en cada aldea, informaba a cada madre sobre la disponibilidad del campamento de inmunización y las educaba respecto de los beneficios de la inmunización. El programa de vacunas administradas era el Programa Extendido de Inmunización (PEI)

de la OMS/UNICEF, que el gobierno de India entrega. En las primeras inmunizaciones, a cada niño se le entregó una tarjeta oficial de inmunización indicando su nombre, nombre de los padres, la fecha y tipo de cada una de las vacunas administradas. Cuando un niño llegaba al campamento sin su tarjeta de inmunización y no se podía asegurar si había recibido la vacuna, era inmunizado.

- *Intervención B:* Usando la misma infraestructura del campamento de inmunización de la intervención A, la intervención B además ofrecía a los padres un kilo de lentejas por inmunización administrada y un set de thalis (platos de comida de metal) una vez terminado el programa de inmunización. El valor de las lentejas era cercano a Rs. 40 (menos de un dólar), equivalente a tres cuartos del salario diario. Los incentivosfueron entregados para ayudar a compensar el costo oportunidad de llevar al niño para que fuese vacunado. El cumplimiento de todo el programa de inmunizaciones se verificaba mediante la tarjeta de salud del niño.

Resultados y lecciones de la política pública

Incidencia de la Inmunización Completa (niño recibió 5+ vacunas): Entre los niños de 1-3 años, 38.3% fueron completamente inmunizados en las aldeas de la intervención B, comparado al 16.6% en las aldeas de la intervención A y 6.2% en aldeas de control. Un niño era 6.19 veces más propenso a ser completamente inmunizado en las aldeas de la intervención B que en las aldeas de comparación; y 2.69 veces más propenso a ser inmunizado en las aldeas de la intervención A, en relación a las aldeas de comparación. Los niños en áreas cercanas a las aldeas de la intervención B también fueron más propensos a ser completamente inmunizados en comparación con aquellos en áreas adyacentes a las aldeas de la intervención A, lo cual sugiere que los campamentos confiables con incentivos también fomentan que los padres de aldeas lejanas lleven a vacunar a sus niños.

Los resultados del estudio indican que ofrecer pequeños incentivos no monetarios a familias en lugares de escasos recursos, además de servicios confiables y educación, es más efectivo que entregar servicios y educación sólamente. También es más costo-efectivo – más niños utilizan las mismas instalaciones de inmunización, bajando el costo por niño inmunizado, incluso considerando el costo de los incentivos. El costo promedio por niño completamente vacunado fue de $27.94 en las aldeas de la intervención B y de $55.83 en las aldeas de la intervención A.

Banerjee, Abhijit, Angus Deaton, and Esther Duflo. 2004. "Health Care Delivery in Rural Rajasthan." Economic and Political Weekly: 944-99. Banerjee, Abhijit Vinayak, Esther Duflo, Rachel Glennerster, and Dhruva Kothari. 2010. "Improving Immunisation Coverage in Rural India: Clustered Randomised Controlled Evaluation of Immunisation Campaigns with and without Incentives." BMJ 340 :c222.