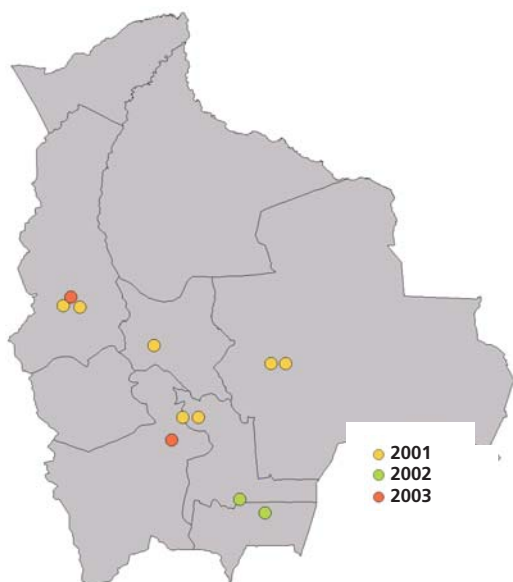


4 Bolivia

A pesar de que el número de casos de rabia humana transmitida por perros ha disminuido significativamente, en Bolivia siguen ocurriendo casos.

FIGURA 2. Casos de rabia humana transmitida por perros, Bolivia, 2001-2003.



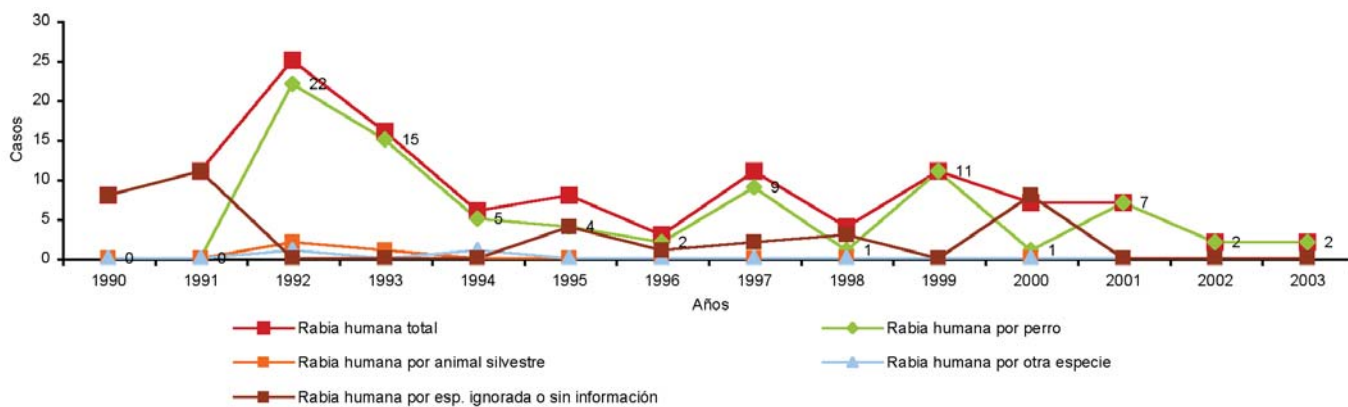
Situación epidemiológica

En el período de 1990 a 2003, En Bolivia hubo casos de rabia humana todos los años. En 1992 se registró la tasa de mortalidad más alta del período (0,36 por 100.000 habitantes) y 25 personas fallecieron a causa de la enfermedad (figura 1). Esta tasa fue una de las más altas de la Región para ese período. Desde 1992 hasta el 2003 el número de casos disminuyó gracias a los grandes esfuerzos realizados en el país. En 2003 se informó de 2 casos humanos, para una tasa de mortalidad de 0,02 por 100.000 habitantes (figura 2). El perro es el principal transmisor de la rabia humana en Bolivia y es responsable de 74% de los casos humanos registrados, 2% de los casos se deben a transmisión por animales silvestres y sobre los demás no hay información. Seis de los nueve departamentos de Bolivia presentaron casos de rabia humana en los últimos tres años analizados. Uno de los dos casos de rabia humana transmitida por el perro y registrados en 2003 ocurrió en La Paz, la capital del país.

La tasa más alta de rabia canina se registró también en 1992 con 16,9 por 100.000 perros. En ese año hubo 1.712 casos, pero se observó una tendencia decreciente hasta llegar a los 71 casos en el año 2003, con una tasa de 0,06 por 100.000 perros. Los departamentos más afectados fueron Cochabamba y La Paz.

A partir del año 1992 se efectuaron campañas masivas de vacunación de perros, medida que permitió una importante disminución de la rabia canina, principalmente en las ciudades del eje central: La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. Sin embargo, por problemas principalmente presupuestales, a partir del año 2000 el Programa Nacional de Control de la Rabia se quedó sin apoyo financiero para sus diferentes componentes de laboratorio, control epidemiológico, vacunas y educación. Se optó entonces por la estrategia de dar prioridad a la vacunación en áreas urbanas y descuidar las zonas rurales, lo que tuvo como consecuencia el incremento de la rabia en la población humana y canina durante el año 2004.

FIGURA 1. Tendencia de la rabia humana por especie agresora, Bolivia, 1990-2003.



Fuente: OPS de 1990 a 2000 y ministerios de salud de los países de la Región de 2001 a 2003.

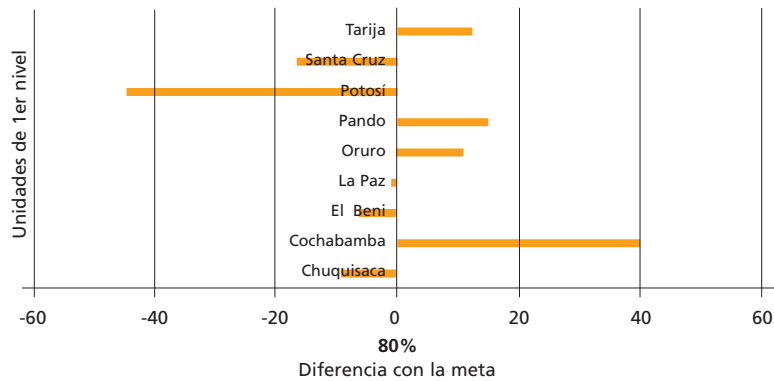
Acciones de control

Por muchos años, los informes de la vacunación antirrábica canina en Bolivia revelan coberturas nacionales que no sobrepasan 45%. El promedio de perros vacunados de 2001 a 2003 fue de 778.774 perros, que correspondió a 57,4% de la población canina del país. En los últimos tres años resaltaron coberturas de más de 80% en algunas unidades de primer nivel geopolítico como Tarija, Pando, Oruro y Cochabamba (figura 3). El que no se hayan cumplido las coberturas de vacunación antirrábica canina se justifica por diferentes problemas, principalmente la escasez de recursos financieros que impide comprar las aproximadamente 2 millones de dosis de vacuna antirrábica canina, necesarias para atender a todo el país. Por eso se ha dado preferencia a las áreas urbanas y no se ha realizado vacunación intensiva en las rurales.

La producción local de vacuna canina de cerebro de ratón lactante (CRL) por el Instituto Nacional de Laboratorios se considera de excelente calidad. No obstante, se produce en muy poca cantidad, con períodos de entrega de aproximadamente 300.000 dosis cada tres meses, lo que perjudica una campaña masiva en corto tiempo.

La vacuna antirrábica de uso humano en el país es también de tipo CRL, obedeciendo los protocolos recomendados en el Octavo Informe del Comité de Expertos de la OMS sobre Rabia, que se encuentran oficialmente establecidos en la Norma Nacional de Atención para la Prevención, Vigilancia y Eliminación de la Rabia formulada por el Programa Nacional. El tratamiento de personas en riesgo se encuentra centralizado en las unidades especializadas de vacunación que funcionan bajo las normas del Programa Ampliado de

FIGURA 3. Porcentaje de la cobertura vacunal canina en relación a la meta (80%), por unidad de primer nivel geopolítico, Bolivia, 2001-2003.



Inmunización (PAI). Con esta estrategia para centralizar el producto biológico se trata de optimizar la vacuna como recurso, en función de evitar su uso indiscriminado. Alrededor de 10% de las personas atendidas debido a agresión por animales reciben tratamiento preventivo postexposición contra la rabia y los departamentos presentan valores muy semejantes.

La figura 4 sobre la vigilancia epidemiológica indica que se envían muestras para análisis. Sin embargo, en las regiones con más casos caninos, como es evidente que son Cochabamba y La Paz, las muestras aún no son suficientes para poderse considerar una vigilancia excelente.

Cabe destacar que hay tres regiones con excelente vigilancia en cuanto al envío de muestras, que es mayor de 0,1% de la población canina: Chuquisaca, Oruro y Tarija. Para el diagnóstico se cuenta con tres laboratorios ubicados en Cochabamba, La Paz y Santa Cruz, que en el período de 2001 a 2003 procesaron un total de 2.430 muestras para el país.

La conformación de instancias nacionales, regionales y departamentales para la gestión de las actividades del Programa, en particular los recursos financieros y la participación popular en los municipios, son algunas de las propuestas de acción futura para un mejor control de la rabia en Bolivia.

FIGURA 4. Porcentaje de muestras caninas enviadas en relación a la población canina, por unidad de primer nivel geopolítico, Bolivia, 2001-2003.

