

DESARROLLO DE LOS SILOS EN DOMINICA Y LA COBERTURA DE VACUNACIÓN

C. Etienne¹

La devastación del sistema de servicios de salud producida por el huracán David en 1979 generó el impulso necesario para reorganizar y desarrollar los sistemas locales de salud en Dominica. En este artículo se analiza brevemente el proceso de descentralización de los servicios de salud en relación con el programa de vacunación. En general, los programas de vacunación se organizan de acuerdo con estructuras verticales. Este trabajo demuestra que se puede lograr una mayor cobertura mediante la descentralización total de esos programas.

La amplia destrucción de las instalaciones y desorganización de los servicios de salud de la isla de Dominica causadas por el huracán David en 1979 ofreció una oportunidad singular para rediseñarlos sobre la base de los sistemas locales de salud.

En 1982, el gobierno de Dominica adoptó oficialmente la estrategia de atención primaria de salud y apoyó la descentralización de los servicios de salud. En la redefinición de la política nacional de salud, la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas fue identificada como un componente esencial de los servicios de atención primaria de salud.

Antes de 1982, la provisión de vacunas a nivel nacional (DTP y antipoliomielítica) estaba centralizada y dependía de un oficial visitador de salud. Las vacunas se llevaban a clínicas localizadas estratégicamente en la isla y se administraban a los niños que acudían a ellas. Las vacunas contra el sarampión y la tuberculosis comenzaron a administrarse en 1982. Este servicio es gratuito y

se ofrece exclusivamente en los consultorios y centros de salud. En ese mismo año, a los servicios locales de salud se les asignó la responsabilidad de la gestión, ejecución y evaluación del programa de inmunización y se establecieron los mecanismos de apoyo adecuados. En este artículo se analizan el proceso de descentralización y su efecto sobre la cobertura de vacunaciones en la isla de Dominica.

Desarrollo de los sistemas locales de salud

En 1982, se realizaron cambios administrativos con objeto de poner de relieve las labores de planificación, programación, supervisión, monitoreo y evaluación de la prestación de servicios de salud.

El proceso de reorganización eliminó las líneas de control vertical, a lo largo de las cuales se habían gestionado previamente los programas, y las sustituyó por un enfoque de equipo en todas las etapas y niveles (figura 1).

¹ Ministerio de Salud, Servicios de Atención Primaria de Salud, Dominica. Dirección postal: Ministry of Health, Government Headquarters, Kennedy Avenue, Rouseau, Commonwealth of Dominica, West Indies.

FIGURA 1. Organización del Ministerio de Salud de Dominica



En el nivel de ejecución, los servicios de atención primaria se reorganizaron sobre la base de los distritos. Para ello, se dividió la isla en siete distritos de salud, cada uno de ellos con límites claramente definidos, sedes administrativas, consultorios periféricos de tipo I y zonas de cobertura establecidas. El distrito sirvió de base para las actividades locales de programación, gestión, supervisión y control de finanzas.

A cada distrito se le asignó personal, que trabajó exclusivamente en él y formó el equipo de salud. La instauración eficaz del enfoque de equipo fue apoyada por una capacitación intensiva en el servicio, ejercicios de consolidación del equipo y una clara definición de las funciones y responsabilidades de cada miembro del equipo. El funcionario médico del distrito fue el responsable de coordinar los equipos y la gestión de los programas de salud a nivel del distrito. La labor de este funcionario fue respaldada por los comités de salud de las aldeas y por un equipo de gestión constituido por el personal de salud de más alto rango del distrito.

Este grado de descentralización requirió el establecimiento de mecanismos de apoyo y coordinación para asegurar que los programas aplicados se ajustaran a las políticas nacionales de salud y a las normas nacionales de atención de salud.

Mecanismos de apoyo

En el nivel de formulación de programas, se constituyó un comité técnico central integrado por oficiales especialistas que previamente habían mantenido relaciones verticales con los trabajadores de salud del distrito. Este comité fue responsable de formular las estrategias y los programas nacionales y de supervisar la ejecución de esos programas y de la prestación de los mecanismos administrativos de apoyo secundarios requeridos por los mismos. Estas funciones se llevaron a cabo mediante consultas con los equipos de salud del distrito.

La capacidad de gestión de cada equipo local de salud mejoró mediante el apoyo prestado por dos gestores del nivel central, que actuaron como asesores.

La capacitación en el servicio se amplió e intensificó en todos los aspectos de la gestión de la atención de salud, la organización y la prestación de servicios basados en el enfoque de la atención primaria de salud.

A nivel central, se crearon unidades de apoyo a la educación para la salud y la nutrición. Además, se diseñó un sistema de información sobre la atención primaria de salud como componente integral del desarrollo de la atención primaria de salud y como respaldo de todas las etapas del proceso de planificación y programación, incluidos la elaboración de diagnósticos de la situación de salud, la identificación de los recursos, el mantenimiento de registros, la prestación de servicios, la gestión de los programas, su monitoreo y evaluación.

Para cada uno de los programas principales se elaboraron manuales técnicos con objeto de orientar la prestación de cuidados de salud en cada uno de estos programas, como el manual de salud ambiental, nutrición, salud maternoinfantil, atención médica y el de atención odontológica.

Finalmente, se estableció un sistema de remisión de pacientes para garantizar el tratamiento adecuado y eficaz en el nivel de atención apropiado y lograr la máxima utilización de los servicios a nivel local. Ello se vio facilitado gracias al mejoramiento de las líneas de comunicación por radio y teléfono, y la provisión de una ambulancia en cada distrito de salud.

Descentralización del programa de inmunización

Los efectos del proceso de descentralización y la adopción del enfoque de atención primaria de salud influyeron favorablemente en el programa de inmunización en Dominicana.

En 1982, a los equipos de salud de cada distrito se les asignó la responsabilidad de llevar a cabo el programa de inmunización y se capacitó a los visitantes de salud con ese propósito. Además, en cinco distritos se instalaron neveras para preservar las vacunas y a todos se les proporcionaron vehículos para transportarlas.

El sistema de información de salud introducido gradualmente entre 1982 y 1984 sirvió de sustento a la prestación y monitoreo de este programa de diversas maneras. La cartilla de salud del niño, un documento que conserva la familia del paciente, ofrece a las madres un registro de las vacunaciones. La educación sanitaria que se llevó a cabo de forma continua entre 1981 y 1985 ha aumentado la conciencia de la comunidad sobre la necesidad de la vacunación y ha capacitado a las madres para usar la cartilla de salud del niño como un instrumento para controlar no solo el crecimiento y desarrollo de sus hijos, sino también la cobertura de las vacunaciones de cada uno de ellos.

Por medio del trazado exacto de mapas, la numeración de las viviendas y los

registros de familia y nacimiento, se determinaron cohortes de nacimientos, las cuales se han seguido mediante una curva de frecuencias acumuladas para completar la cobertura de vacunación con cada tipo de vacuna. Los casos de incumplimiento se identifican con rapidez gracias a la utilización de tarjetas de seguimiento y al diagrama de monitoreo de las cohortes de nacimientos.

En 1982 se amplió el programa para incluir la vacunación contra el sarampión y la tuberculosis. En el cuadro 1 se presenta el calendario de vacunaciones.

Para garantizar la coordinación de las tareas, se designó un coordinador de salud maternoinfantil responsable de la adquisición de vacunas, la supervisión de la cadena de frío y la gestión de las actividades de educación continua.

Seguidamente, el visitador de salud, que se desplazaba con un vehículo del distrito, administró las vacunas en todos los consultorios.

Los equipos de salud solicitaron una mayor descentralización y autonomía en la provisión de los servicios de inmunización y, en 1984, se capacitó a las enfermeras de los distritos y se les asignó la responsabilidad de vacunar en los consultorios periféricos.

Las enfermeras de atención primaria (enfermeras del nivel II), a cargo de consultorios de las zonas de baja cobertura, fueron capacitadas en 1985 y comenzaron a prestar estos servicios. En consecuencia, desde ese año, los visitantes de salud asumieron principalmente la función de supervisar el programa de vacunación a nivel local.

Resultados

En el cuadro 2 se muestran los porcentajes de cobertura de vacunación en el período de 1976 a 1989 y en la figura 2, la evolución de la cobertura con DTP durante el mismo período.

En 1982, aunque el programa se amplió para incluir las vacunas BCG y anti-sarampionosa, los distritos locales asumieron la responsabilidad de gestionar los programas de vacunación y se logró un aumento de 10%

CUADRO 1. Calendario nacional de vacunación en Dominica

Tipo de vacuna	Edad (meses)	No. de dosis	Momento de la administración	Intervalo entre las dosis
BCG ^a	0-1	1	6 semanas o 3 meses	...
DTP ^b	0-1	3	3 meses	6 semanas
Antipoliomielítica	0-1	3	3 meses	6 semanas
Antisarampionosa	0-1	3	9 meses	...
DTP y antipoliomielítica	3-5	1	3-5 años	...
	13-15	1	12-15 años	...
Toxoide tetánico para mujeres embarazadas	...	2	16-23 semanas ^c (1a. dosis) 23-32 semanas ^c (2a. dosis)	6 semanas

^a BCG = Bacilo de Calmette-Guérin.

^b DTP = Vacuna contra difteria, tétanos y pertussis.

^c Semanas de gestación.

CUADRO 2. Porcentajes de la cobertura de inmunización con las vacunas BCG, antipoliomielítica, y antisarampionosa en Dominica, 1976 a 1989^a

Año	Vacunas			
	BCG ^b	DTP ^c	VAPOT ^d	Antisarampionosa
1976	...	19	...	...
1977	...	6	63	...
1978	...	76	28	...
1979	...	30	30	...
1980	...	60	...	...
1981	...	60	...	...
1982	46,7	71	70	41
1983	...	...	...	...
1984	74	83,7	82	38,4
1985	95	85	83,9	81,6
1986	88	94	93,6	87,8
1987	98	95	94,6	86,6
1988	98	95	95,9	90
1989	98,8	92	93,6	86,8

^a Fuente: Informe de Estadísticas de Salud para el período 1976-1978, Ministerio de Salud.

^b BCG = Bacilo de Calmette-Guérin.

^c DTP = Vacuna contra difteria, tétanos y pertussis.

^d VAPOT = Vacuna antipoliomielítica oral trivalente.

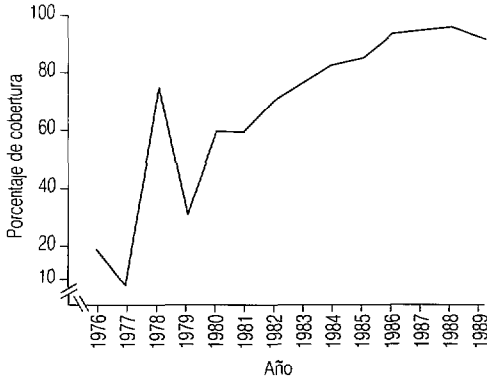
en la cobertura con las vacunas DTP y antipoliomielítica.

El aumento espectacular del porcentaje de cobertura obtenido en 1985 con las vacunas BCG y antisarampionosa (21% y 43%, respectivamente) coincidió con la descentralización completa del programa, cuya coordinación pasó a depender de todos los consultorios. En el período de 1987 a 1989, la cobertura con las vacunas BCG, DTP y antipoliomielítica se mantuvo por encima de

90%, y con la antisarampionosa, por encima de 85%.

Desde 1980 no se han registrado casos de poliomielititis en Dominica. En 1982, se notificaron los últimos casos de difteria (dos) y de tétanos neonatal (uno). Nunca se han realizado encuestas serológicas en la isla.

FIGURA 2. Cobertura de inmunización con DTP en Dominica, 1976 a 1989



Conclusiones

En los países de habla inglesa del Caribe, la descentralización y el fortalecimiento de los sistemas locales de salud se encuentran en diversas etapas de ejecución. En la experiencia de Dominica, la descentralización proporcionó los medios para identificar y responder con mayor precisión a las necesidades de salud de la comunidad y mejorar la administración de los recursos de salud. Los sistemas locales de salud constituyeron el marco organizativo para aplicar eficazmente el programa de vacunación.

Los aumentos significativos de la cobertura se vieron facilitados por la ausencia de privatización del programa, la capacitación proporcionada a los equipos de salud para

mejorar la planificación y administración, el apoyo a los programas procedente del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), la provisión de mecanismos de apoyo adecuados, el mejoramiento de la disponibilidad de recursos y un esfuerzo sostenido para mantener un alto nivel de motivación en los trabajadores de salud.

La experiencia adquirida por Dominica puede ser útil para otros países del Caribe que desean fortalecer los sistemas locales de salud.

REFERENCIAS

- 1 Dominica, Ministerio de la Salud. *National Health Plan, 1982-1987*.
- 2 Dominica, Ministerio de la Salud. *CMD's Report, 1982, 1983, 1984, 1985, 1987*.
- 3 Dominica, Ministerio de la Salud. *Maternal and Child Health Care Manual*. 1982.
- 4 Dominica, Ministerios de Educación y de la Salud. *Health Sector Assessment*. Octubre de 1980.
- 5 Dominica, Ministerio de la Salud. *Health Statistics Report, 1976-1978*.
- 6 Organización Panamericana de la Salud. *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud*. Washington, DC, 1989. Documento CD33/14.
- 7 Monteith, R. S., Warren, C. W., Stanziola, E., López Urzúa, R. L. y Oberle, M. W. *Servicios de salud materno-infantil y vacunación en Panamá y Guatemala*. *Bol of Sanit Panam* 103(3):210-226, 1987.

SUMMARY

LOCAL HEALTH SYSTEMS DEVELOPMENT AND VACCINATION COVERAGE IN DOMINICA

The devastation of the health services system caused by Hurricane David in 1979 generated the necessary impetus for

reorganizing and developing local health systems in Dominica. The process of health services decentralization, as illustrated by the vaccination program, is analyzed briefly. In general, the vaccination programs are organized vertically. This study shows that greater coverage can be achieved by total decentralization of the programs.