

**UNIDAD DE INMUNIZACIÓN
SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**Curso de gerencia
para el manejo efectivo
del Programa Ampliado
de Inmunización (PAI)**

Módulo V

**Programación de las
actividades de inmunización**



**Organización
Panamericana
de la Salud**



*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Regional de la

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

525 Twenty-third Street

Washington, D.C. 20037

www.paho.org

Se publica también en inglés y francés con el título:
Training Course on Effective Management of the Expanded Program on Immunization (EPI)
Module V: Programming of Vaccination Activities
ISBN 92 75 12545 7

Cours de formation sur la gestion efficace du Programme élargi de vaccination (PEV)
Module V: Programmation des activités de vaccination
ISBN 92 75 22545 1

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

Curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI). Módulo V:
Programación de las actividades de inmunización.

Washington, D.C.: OPS, © 2006.

ISBN Texto 92 75 32545 6

ISBN CD 92 75 32576 6

I. Título

1. Programas de inmunización
2. Inmunización
3. Coberturas del Programa Ampliado de Inmunización
4. Brotes de enfermedades
5. Enfermedades transmisibles - prevención y control
6. Vacunación

NLM WA 110

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Unidad de Inmunización, Área de Salud Familiar y Comunitaria, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

©Organización Panamericana de la Salud, 2006

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

ÍNDICE

Módulo V

Programación de las actividades de inmunización

Objetivos generales y específicos del Módulo	5
Introducción	7
Unidad I	Gerencia 9
	A. Introducción 9
	B. Objetivos específicos 10
	C. Estructura organizacional 10
	D. Rol del gerente del PAI 11
	E. Asignación de recursos 11
	F. Capacitación de los recursos humanos 11
	G. Funciones de la gerencia 13
	H. Ciclo gerencial 14
	I. Desafíos para los gerentes 16
	J. Elementos básicos de apoyo gerencial a las actividades de vacunación 16
	K. Actividades de vacunación 17
Unidad II	Negociación, coordinación y comunicación social 19
	A. Negociación 19
	B. Coordinación 24
	C. Comunicación social 26
Unidad III	Programación – Formulación de prioridades 29
	A. Objetivos específicos 29
	B. Introducción 29
	C. Plan estratégico quinquenal del PAI 29
	D. Estrategias generales 30
	E. Metas de vacunación 31
	F. Plan de acción 33
	G. Información 35
	H. Formulación de prioridades 38
Anexo 1	Plan de acción quinquenal - años 200X a 200X 40

Unidad IV	Cálculo de necesidades	41
	A. Objetivos específicos	41
	B. Introducción	41
	C. Cálculo de la población a vacunar	41
	D. Cálculo de la necesidad de vacunas	43
	E. Cálculo de las necesidades anuales de vacunas para el PAI	45
Unidad V	Definición de estrategias y tácticas de vacunación	51
	A. Objetivos específicos	51
	B. Introducción	51
	C. Estrategias	51
	D. Tácticas	55
	E. Programación de actividades complementarias de vacunación	59
	F. Selección de la táctica	60

Módulo V

Programación de las actividades de inmunización

Objetivos generales del Módulo

Al término del Módulo, el participante estará en capacidad de:

- aplicar las herramientas que integran la programación de las actividades de inmunización en los niveles locales de las instituciones del sector; y
- preparar un plan de acción anual.

Objetivos específicos del Módulo

- Reconocer los elementos básicos de apoyo gerencial a las actividades de vacunación;
- definir las estrategias y tácticas a seguir en las actividades de inmunización;
- definir los grupos prioritarios de población para el Programa Ampliado de Inmunización (PAI);
- identificar la información que se requiere de la comunidad o comunidades para la programación del PAI;
- aplicar la negociación como una herramienta para la gestión del PAI;
- reconocer la importancia de la coordinación para mejorar los servicios de inmunización;
- interpretar la necesidad de articular y complementar todos los recursos y servicios de instituciones públicas, seguridad social y de la actividad privada, para implementar las actividades del PAI, utilizando la comunicación social como parte del proceso;
- reconocer las necesidades de capacitación para mejorar la gerencia del PAI; y
- describir perfiles, funciones y rol del gerente del PAI en los nuevos escenarios del sector.

Programación de las actividades de inmunización

Introducción

El Programa Ampliado de Inmunización en un entorno cambiante

La realidad de los inicios del Siglo XXI se caracteriza por algunos fenómenos cuyos efectos son múltiples y tienen impacto en la vida económica, social y política de los países y de las personas mismas, incluyendo los aspectos de su salud.

Los fenómenos actuales más trascendentes son:

- la globalización y revolución tecnológica de las comunicaciones;
- las reformas del Estado;
- la integración de los servicios; y
- la descentralización.

En la mayoría de los países se vienen dando procesos de descentralización, sin embargo, en todo este proceso es necesario que se mantenga en el nivel central, la prioridad de los programas de inmunización, como una función esencial del Estado.

El Programa de Inmunización tiene que desarrollarse en un entorno cambiante, con dificultades en el manejo de los recursos y grandes esfuerzos en el mantenimiento, aumento de coberturas y disminución de inequidades. Por esta razón, debe generarse una mayor capacidad gerencial del recurso humano para desarrollar nuevas prácticas que aseguren una mayor eficiencia en el uso de los recursos disponibles y lograr las metas y objetivos trazados.

Unidad I

Gerencia

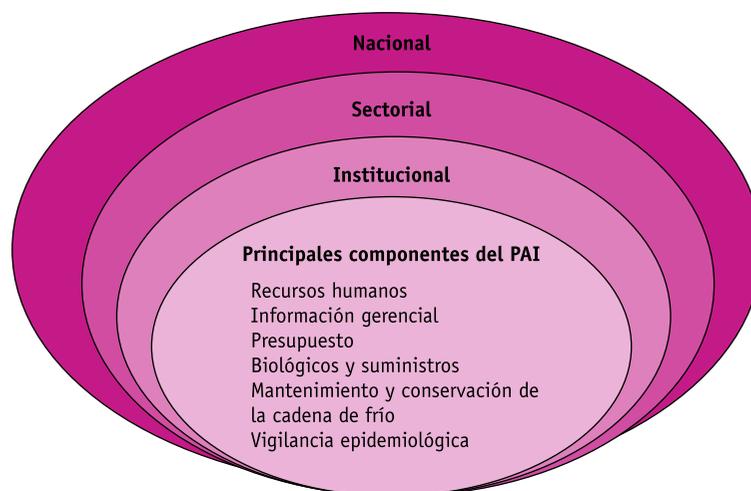
A. Introducción

El término gerencia es difícil de definir: significa cosas diferentes para personas diferentes. De allí la dificultad de establecer una explicación concreta de este término. Siempre que algunos individuos formen un grupo, el cual, por definición, consiste en más de una persona, y tal grupo tiene un objetivo, se hace necesario, para el mismo, trabajar unidos a fin de lograr dicho objetivo.

La gerencia, en su concepción general, es una forma de operar una institución, un conjunto de actividades, programas, etc., para alcanzar objetivos establecidos. La gerencia está sustentada en un marco conceptual, en bases culturales, con funciones establecidas, y con aplicación de instrumentos, cumplimiento de normas y desarrollo de metodologías. También está relacionada con la Dirección, como un cargo que se identifica en una organización, y que tiene dentro de sus múltiples funciones representar a dicha organización frente a terceros, y coordinar todos los recursos a través del proceso de planeamiento, organización, dirección y control, a fin de lograr objetivos establecidos (vea Figura 1).

La gerencia por objetivos se define como el punto final (o meta) hacia el cual la gerencia dirige sus esfuerzos. El establecimiento de un objetivo, cuando se aplica a una organización, se convierte en la razón de su existencia.

Los integrantes del grupo deben subordinar, hasta cierto punto, sus deseos individuales para alcanzar las metas establecidas, y la gerencia debe proveer liderazgo, dirección y coordinación de esfuerzos para la acción del grupo.

Figura 1. Entorno de la gerencia

El proceso de gestión de desempeño involucra el desarrollo del talento humano, una cultura de alto rendimiento y la introducción de cambios para lograr resultados.

B. Objetivos específicos

- Reconocer las características del entorno cambiante en el que se desarrolla el PAI;
- describir el rol y funciones del gerente del PAI en el marco de los nuevos escenarios de reforma y descentralización;
- describir los elementos básicos de apoyo a las actividades de inmunización; e
- interpretar la necesidad de la aplicación de la gerencia estratégica.

C. Estructura organizacional

Para desarrollar la gerencia del PAI se requiere una estructura organizacional en las diferentes instituciones de salud que tenga:

- un plan de cargos para gerentes del PAI y de epidemiólogos con sus funciones a nivel local, regional y nacional; y
- la distribución adecuada de recursos humanos capacitados en los diferentes niveles.

D. Rol del gerente del PAI

Es el conjunto de comportamientos y aptitudes directamente vinculadas al hecho de ocupar un puesto en una organización, para lo cual se requieren competencias o habilidades, capacidades y conocimientos, que definen un desempeño de óptima calidad.

Lista de competencias esperadas de los gerentes del PAI y su equipo de trabajo:

- liderazgo;
- enfoque orientado hacia el usuario y la comunidad;
- compromiso institucional;
- mística;
- calidad/mejoramiento continuo;
- innovación/creatividad;
- conocimientos técnicos;
- análisis de la situación de salud;
- trabajo en redes, articulación intra y extrasectorial; y
- negociación.

E. Asignación de recursos

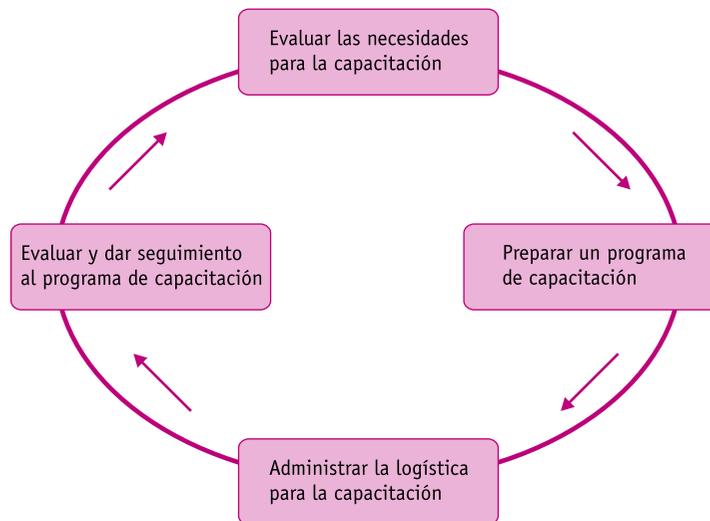
La asignación de recursos financieros y logísticos para el funcionamiento del Programa Ampliado de Inmunización y de la vigilancia epidemiológica debe ser garantizada en la programación presupuestaria anual en los diferentes niveles.

F. Capacitación de los recursos humanos

La capacitación hará que el trabajador de la salud sea más competente y hábil, haciendo que el programa sea exitoso desde el punto de vista de coberturas y de costo/efectividad.

El desarrollo del personal es un proceso continuo que se realiza durante un largo periodo de tiempo (vea Figura 2).

Figura 2. Ciclo del proceso de capacitación



Evaluación de necesidades de capacitación y/o actualización – Los trabajadores de la salud involucrados en los programas de inmunización y en los servicios de control de enfermedades son responsables de una gran variedad de actividades integradas en los componentes del PAI. Para todo esto necesitan tener habilidades y conocimientos.

Para planificar efectivamente la capacitación del personal de salud se deberá:

- evaluar las necesidades individuales o grupales de capacitación;
- establecer metas y principios para la capacitación; establecer objetivos anuales de capacitación basados en las necesidades;
- establecer las prioridades programáticas y la disponibilidad de recursos;
- establecer una estructura organizativa para la función de capacitación;
- hacer un calendario de cursos. Decidir qué cursos necesitan ser impartidos, cuándo, dónde y con qué frecuencia se deberían de dar, para cada trabajador de salud y con qué material;
- diseñar un plan de acción a corto, mediano y largo plazo (educación continua);
- preparar el presupuesto; y
- desarrollar una estrategia para evaluar la efectividad del plan de capacitación.

Cómo reconocer las necesidades de capacitación – Las necesidades de capacitación surgen, en términos generales, cuando un trabajador de la salud (a cualquier nivel) no tiene las habilidades, conocimientos y aptitudes requeridas para realizar su trabajo con eficiencia, cuando existe una alta rotación y cuando se deben actualizar los conocimientos.

La capacitación puede ser proporcionada en forma individual o colectiva de acuerdo a la importancia de la temática y las situaciones particulares.

Para una capacitación adecuada se necesita una estructura organizativa. Dicha estructura organizativa, se puede encontrar en el Ministerio de Salud, universidades, diferentes instituciones públicas, privadas, organismos internacionales, organizaciones no gubernamentales, y en muchas ocasiones en el mismo PAI. Con ellos debe diseñarse e implementarse el programa de capacitación, de acuerdo a las necesidades definidas en el plan de acción.

G. Funciones de la gerencia

G.1. Planeación

Este proceso se debe realizar anualmente en todos los niveles, definiendo claramente que debe hacer, con objetivos y metas definidas basadas en el conocimiento de la situación de salud para la elaboración del plan de acción o plan operativo anual. Se debe tener en cuenta todos los componentes del Programa (organización, coordinación, programación, ejecución, capacitación, supervisión, vigilancia epidemiológica, cadena de frío, bioseguridad, comunicación social y evaluación). Igualmente, se debe considerar el entorno político y epidemiológico para realizar los ajustes pertinentes.

G.2. Organización y ejecución

Es la disposición y utilización de recursos y actividades que contribuyen a desarrollar de manera lógica y efectiva el plan de acción o plan operativo.

- Determinar qué actividades y/o tareas deben ser llevadas a cabo y su orden de prioridad;
- conocer cómo llevar a cabo las actividades: personas, lugares, recursos necesarios y logística;
- preparar un presupuesto y asignarlo a las actividades del plan;
- determinar quién o quiénes deberán ser responsables de la ejecución de la actividad; y
- trabajar con los niveles locales para asegurar que ellos interpreten y conozcan cómo llevar a cabo o adaptar las actividades del plan en un ambiente descentralizado.

G.3. Dirección

Mantener la comunicación y armonía necesarias entre los objetivos, las actividades y los recursos del programa. Para ello es necesario:

- Coordinar con todos los actores (tanto dentro del gobierno como con agencias donantes, incluyendo las ONG), el apoyo al programa;
- identificar y anticipar los problemas por solucionar;
- contactar a las autoridades políticas al nivel local; y
- aumentar la capacidad del programa y de los trabajadores para mejorar su rendimiento.

G.4. Control

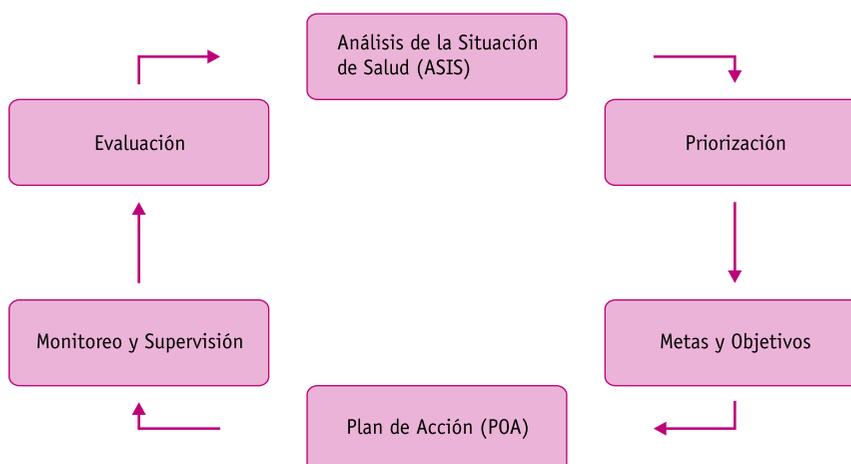
Verificar si las acciones llevadas a cabo tienden hacia el cumplimiento del plan propuesto, así como identificar problemas y tomar las medidas correctivas oportunamente.

H. Ciclo gerencial

El ciclo gerencial debe basarse en el análisis de la situación de salud para poder priorizar los problemas más importantes a intervenir, así como para la definición de metas y objetivos, los cuales deben ser considerados en un plan operativo anual (vea Figura 3).

La supervisión, monitoreo y evaluación son herramientas fundamentales dentro del ciclo gerencial que ayudan al gerente del PAI a analizar como se desarrolla la implementación y desempeño del programa, y si se alcanzan las metas y objetivos propuestos. Con la utilización de estas herramientas, se realizan los ajustes necesarios de acuerdo al Plan de Acción establecido, y a la situación y condiciones encontradas.

Figura 3. Ciclo gerencial



Cuadro 1. Funciones del gerente del PAI según niveles

Componentes	Nivel nacional	Nivel regional	Nivel distrital y/o local
Político y normativo	Elaborar políticas, programas y proyectos para el desarrollo del PAI. Establecer mecanismos de vigilancia y control para la ejecución del PAI.	Adopción y adecuación de las políticas, planes y programas.	Cumplir las políticas y normas técnicas y administrativas del Programa. Participar en la elaboración de los planes de salud locales.
Planificación	Elaborar leyes y reglamentos que den prioridad a la vacunación. Elaborar Plan Estratégico Quinquenal y Plan Operativo Anual.	Elaborar el Plan Operativo Anual (POA) regional y asesorar a los niveles locales.	Elaborar y ejecutar el Plan Operativo Anual (POA) con la participación del equipo de salud.
Insumos y suministros	Garantizar la adquisición y distribución oportuna de los biológicos y jeringas.	Distribución de biológicos e insumos según programación.	Garantizar la cantidad y calidad de biológicos en todos los servicios de salud.
Sistema de información	Gerenciar el sistema unificado de información con la participación de diferentes instituciones.	Coordinar el sistema unificado de información con la participación de diferentes instituciones y sectores públicos y privados.	Gerenciar el sistema de información, con todas las instituciones prestadoras de servicios de vacunación, públicas y privadas.
Vigilancia epidemiológica	Coordinar la vigilancia epidemiológica, el análisis y la difusión de la información.	Análisis y difusión de la información para focalizar las intervenciones.	Evaluar los riesgos poblacionales, focalizar intervenciones, aplicar protocolos de vigilancia epidemiológica y difusión de la información.
Ejecución	Promover el fortalecimiento del programa regular de vacunación. Realizar campañas nacionales de vacunación.	Fortalecimiento del programa de vacunación en instituciones públicas y privadas. Realización de campañas nacionales y regionales.	Coordinar con la comunidad y con las autoridades locales la ejecución del programa. Realizar campañas nacionales y locales.
Capacitación	Capacitar y actualizar los recursos humanos de acuerdo a los nuevos procesos de descentralización y reforma del sector salud.	Capacitar recursos humanos de todas las instituciones públicas y privadas.	Capacitar y hacer seguimiento de los recursos humanos capacitados en los servicios de salud.
Supervisión	Establecer mecanismos de supervisión permanente como mecanismo de control.	Supervisión permanente de los niveles locales de salud.	Implementar las medidas correctivas sugeridas durante la supervisión.
Cadena de frío	Garantizar el mantenimiento y reposición de equipos de la cadena de frío.	Gestionar recursos para el mantenimiento de la cadena de frío.	Velar por la calidad de la cadena de frío en todas las instituciones de salud.
Información, educación y capacitación (IEC)	Realizar campañas de información, educación y comunicación y de deberes y derechos en vacunación.	Desarrollar IEC en vacunación a nivel regional.	Diseñar y promover campañas de información, con participación comunitaria.
Monitoreo y evaluación	Utilizar los indicadores del PAI, como las coberturas y el comportamiento de las enfermedades inmunoprevenibles, entre otros, como trazadores en la gestión de los servicios de salud y en procesos de descentralización y reforma del sector salud.	Realizar ajustes al POA de acuerdo al Monitoreo y evaluación.	Realizar ajustes al POA de acuerdo al Monitoreo y evaluación.



Pregunta 1.

De acuerdo a su experiencia, en no más de seis líneas describa qué mejoras se han introducido en el PAI con la descentralización y los procesos de reforma del sector salud.

Pregunta 2.

Comente en forma resumida, cómo cada una de estas ha favorecido o afectado al desarrollo del PAI. Realice sus comentarios en el grupo.

I. Desafíos para los gerentes

- Aumentar la calidad y la cobertura de vacunación en forma sistemática, interviniendo proactivamente, y priorizando eficaz y eficientemente el uso de los recursos;
- mantener la prioridad política traducida en acciones y recursos asignados al PAI;
- disminuir inequidades en vacunación logrando que el 100% de la población objeto del PAI sea vacunada en todos los municipios y localidades del país;
- desarrollar competencias y habilidades de los gerentes del PAI para mejorar su desempeño y alcanzar los objetivos del programa; y
- mantener comprometido y motivado al personal a través de una política de incentivos con el fin de garantizar un servicio de vacunación de calidad.

J. Elementos básicos de apoyo gerencial a las actividades de vacunación

Podemos considerar cinco áreas o elementos amplios de apoyo básico en cualquiera de los niveles:

- financiamiento sostenible;
- gerencia;
- fortalecimiento del recurso humano;
- fortalecimiento institucional; e
- información gerencial.

Pregunta 3.

Describa tres de los desafíos más importantes con los que se tiene que enfrentar como Gerente del PAI en su región o localidad. Comente con el grupo.

Pregunta 4.

Desde el punto de vista de la gerencia, ¿cuáles son los elementos básicos que dan soporte a las actividades del PAI?

K. Actividades de vacunación

Es necesario que el gerente conozca cada componente funcional y operativo del programa. Los componentes operativos funcionales están identificados en cada uno de los módulos.

Pregunta 5.

De acuerdo a los principales componentes de la gerencia del programa de inmunización, funciones y componentes operativos, discuta en grupo su experiencia a nivel local para la concertación de políticas, gestión de recursos y coordinación interinstitucional e intersectorial.

Unidad II

Negociación, coordinación y comunicación social

A. Negociación

A.1. Introducción

En el momento actual y, sobre todo, en los programas y organizaciones de salud, que son componentes sociales, el medio ambiente en el que se trabaja está caracterizado por:

- el conflicto;
- la incertidumbre;
- la dependencia;
- la complejidad; y
- la turbulencia.

El PAI no es ajeno a esta realidad. El conflicto con las autoridades, las agencias, la comunidad, el equipo de salud, y otros, no puede ser un impedimento para el funcionamiento eficiente y la operación exitosa de un programa, o de las acciones de dicho programa. Tampoco puede ser una barrera para alcanzar los objetivos trazados.

Frente a dichos conflictos, a las actividades para conseguir recursos y utilizarlos, a la necesidad de que los diferentes niveles y la comunidad acepten un plan de acción, los gerentes, responsables y los recursos humanos que trabajan en el PAI tienen diferentes instrumentos para enfrentar estos problemas. Uno de ellos es la negociación, como estrategia de gerencia del programa y la gestión de sus acciones.

A.2. Conceptos generales

- Siempre que haya necesidades humanas por resolver, habrá negociación;
- en cualquier negociación que se realice es imposible saber cuál va a ser el resultado con anterioridad. El compromiso se alcanza o no, en el intercambio de opiniones y el mismo llega naturalmente;
- es preferible entrar en una negociación sin limitaciones autoimpuestas;
- la negociación debe ser considerada como elemento inherente al comportamiento humano;

- el propósito de una negociación exitosa no es la destrucción de ninguno de los que está negociando, porque la negociación no es una guerra. Es un acuerdo, no la victoria total;
- no es un juego con reglas estrictas preestablecidas; y
- las partes que intervienen en la negociación deben sentir que algo han ganado, y en ningún momento que han sido agraviadas o “heridas”.

La negociación depende de la comunicación y ocurre entre personas que actúan por sí mismas o en representación de otros.

La necesidad de incorporar una vacuna, la presentación del plan de acción, las acciones en la comunidad, la necesidad de convencer a las autoridades para la asignación de recursos, los acuerdos con el personal de salud, todo es parte del proceso.



Pregunta 1.

Tome como ejemplo un conflicto que tuvo en su trabajo en el PAI y describa en seis líneas cómo lo solucionó. Intercambie su experiencia con la del resto del grupo.

Pregunta 2.

¿En alguna oportunidad tuvo capacitación en herramientas de negociación?

Sí

No

Pregunta 3.

¿Cree Ud. que en su tarea es importante la negociación como instrumento de gestión? ¿Por qué?

Sí

No

A.3. Componentes básicos

La negociación es una empresa cooperativa de intereses comunes, un proceso de comportamiento y conducta. Hay un punto crítico, más allá del cual la reacción puede ser incontrolable y destructiva. En una buena negociación todos ganan algo.

En el proceso de negociación pueden intervenir:

- **la racionalización** – interpretación de una situación de modo tal que se enfoque de una manera favorable. Ej., no presentar un plan de acción a las autoridades, pensando que de todos modos se implementará sin la aprobación o el conocimiento de ellos porque así se hizo en otro momento;
- **la proyección** – atribución de los propios motivos a otra persona. Ej., considerar que en una táctica de vacunación, los representantes de la comunidad le impiden realizar las tareas porque son ignorantes o están en contra de la vacunación, cuando en realidad es por el comportamiento que se tuvo en la preparación de las acciones;
- **el desagrado** – agresión y enojo hacia una persona que no es la causa de la dificultad. Ej., sanción a una enfermera por actividades mal realizadas en forma continua y que nunca fueron supervisadas. En realidad quien sería responsable es el o/la supervisor(a) que no la capacitó; y
- **la autoimagen** – pensamiento en tres niveles: lo que se es, lo que se piensa que se es, y lo que se otros piensan que es. Ej.:
 - ⇒ lo que se es: gerente del PAI;
 - ⇒ lo que se piensa que se es: director del nivel local o un hácelo todo; y
 - ⇒ lo que otros piensan que es.

Pregunta 4.

El ejemplo de autoimagen debe ser analizado y definido por los integrantes del grupo en base a lo expresado en la racionalización y proyección.



A.4. Preparación para la negociación

Si se conoce que dentro de determinado tiempo se debe negociar algo inherente al PAI, es necesario prepararse. Para ello es necesario:

- **la autoevaluación** – examinar los propios valores y limitaciones, el marco conceptual, las creencias y la capacitación adquirida. Reconocer los estados emocionales, las reacciones;
- **adquirir variedad de destrezas** – analizar la personalidad o antecedentes de los negociadores;
- **recolectar información de lo que se va a negociar** – por otra parte, si es posible, tener datos sobre la historia de la/s otra/s persona/s, su comportamiento en otras negociaciones similares; y

- **examinar y reexaminar las reglas bajo las cuales se va a realizar la negociación** – es importante tomar en cuenta los siguientes elementos:
 - ⇒ el límite de tiempo que existe para la negociación;
 - ⇒ quien quiere mantener la situación tal como está, y quien quiere cambiarla;
 - ⇒ cuál es el medio de comunicación entre ambas partes; y
 - ⇒ si se pueden incorporar diferentes tópicos simultáneamente.

El ejercicio siguiente es opcional

Cada grupo de participantes debe preparar lo siguiente:

- **la negociación** – es la presentación del Plan de Acción Anual del PAI a las autoridades del nivel local. Dos de los participantes del grupo realizan la tarea de **observadores**, anotando lo que va ocurriendo en el grupo. Deben presentar un informe final;
- **negociadores** – los integrantes del PAI del nivel local. El número del grupo estará compuesto por la mitad del número de participantes que ha quedado luego de restarle los dos observadores. Su función es presentar el Plan. Los que cumplen el papel de negociadores deben elegir un Plan de Acción de alguno de los participantes de este subgrupo, que lo tenga en su poder y lo haya llevado al Taller. En caso de no tenerlo, se debe buscar un Plan de Acción entre todos los participantes del Taller, el cual no vaya a ser presentado por otro grupo;
- **los actores con los que se va a negociar** – las autoridades del nivel local. Su número estará compuesto por la otra mitad de los participantes que han quedado del grupo, luego de restarle los dos observadores, y los negociadores;
- **los observadores y ambos subgrupos se eligen al azar, por sorteo** – teniendo en cuenta el conocimiento que tienen los participantes del grupo entre sí, luego del trabajo realizado con los otros módulos y la convivencia durante el taller, se estima en media hora la preparación previa, en cuarenta y cinco minutos la presentación del plan y en quince minutos los comentarios de los observadores;
- cada participante debe cumplir el rol asignado y actuar de acuerdo a este. Recuerden que ya no son compañeros de taller, sino representantes del PAI por un lado, y autoridades del nivel local por el otro.

A.5. Estrategia mínima

Los negociadores que utilizan esta estrategia no comienzan a negociar hasta que hayan resuelto cuatro preguntas:

- ¿qué es lo mínimo que puedo aceptar, sin debilitar las acciones o componentes del PAI?
- ¿qué es lo mínimo que puedo pedir, sin que cause gracia o enojo, y me pidan abandonar el lugar?
- ¿qué es lo mínimo que puedo dar, sin dañar el programa?

Como recomendaciones básicas finales sería fundamental:

- separar el problema de las personas;
- generar una variedad de alternativas antes de tomar la decisión final; e
- insistir en que los resultados se basen en indicadores objetivos.

El éxito de la negociación depende de:

- la versatilidad del tema;
- el interés de los negociadores, no solo en tomar sino también en dar; y
- la confianza mutua, que no significa confianza ciega.

Pregunta 5.

Retome su respuesta de la pregunta 1 y compare si aplicó la estrategia de la negociación en la resolución del conflicto. En caso de que su respuesta sea positiva, explique en no más de seis líneas el por qué. Intercambie sus conclusiones con el grupo.

() Sí

() No

A.6. Negociación de principios o negociación basada en los méritos

Se pueden resumir en cuatro puntos básicos:

- **personas**
 - ⇒ separar los aspectos personales de los problemas;
 - ⇒ ponerse en el lugar de la otra parte; y
 - ⇒ durante la comunicación escuchar atentamente y tratar que las palabras tengan el mismo significado para las partes.

- **intereses**
 - ⇒ concentrarse en los intereses, no en las posiciones;
 - ⇒ los intereses de las partes pueden clasificarse en:
 - ✓ comunes, compartidos;
 - ✓ diferentes, pero no conflictivos; y
 - ✓ contradictorios, pero no antagónicos o irreconciliables.
 - ⇒ identificar el tipo de intereses que tiene cada una de las partes.
- **opciones**
 - ⇒ generar una variedad de alternativas, antes de tomar una decisión final;
 - ⇒ ser creativo y flexible, sin claudicar sus principios;
 - ⇒ buscar combinaciones que permitan un mutuo beneficio; y
 - ⇒ no pensar en una sola solución.
- **criterio**
 - ⇒ los criterios deben ser claros y objetivos;
 - ⇒ insistir en que los resultados se basen en patrones objetivos;
 - ⇒ no deben basarse en la buena voluntad de las partes; y
 - ⇒ después de haber llegado a un acuerdo, es importante formalizarlo de manera verbal o escrita, estableciendo claramente los términos del mismo.

Estos puntos se desarrollan en tres etapas: análisis, planificación y discusión.

B. Coordinación

B.1. Definición de coordinación

Es la colaboración de dos o más individuos, departamentos, programas u organizaciones que estén interesados en el logro de un objetivo común.

B.2. Características de la coordinación

- Permite un uso más eficiente y efectivo de los recursos humanos, físicos, materiales y financieros;
- mejora los servicios, crea confianza y minimiza la competencia y los conflictos entre los programas, las agencias y otros;
- obtiene como resultados programas más efectivos y con mayor cobertura; y
- logra que el PAI tenga un mayor impacto.

B.3. Obstáculos para la coordinación

- Conflictos institucionales;
- falta de liderazgo;
- pasividad cuando se requiere la acción;
- falta de disposición para realizar un mayor esfuerzo;
- miedo a ser utilizado;
- no reconocer los éxitos alcanzados por los demás;
- cambios de personal; y
- los intereses de los donantes.

Pregunta 6.

¿Qué obstáculos deben vencerse para que exista una buena coordinación?



B.4. Tipos de coordinación

- Coordinación interna (intrasectorial);
- coordinación externa (intersectorial, con la sociedad civil);
- coordinación interagencial; y
- coordinación con la comunidad.

Es necesario distinguir muy bien entre un compromiso comunitario auténtico y una simple participación pasiva. Si se hace una buena relación con la comunidad, la misma se convierte en el recurso más preciado del que se dispone para mejorar las coberturas de vacunación y por ende para disminuir las tasas de morbimortalidad.



Pregunta 7.

¿Qué tipos de coordinación conoce?

Pregunta 8.

¿Cuáles han sido los logros de la coordinación y cuáles se han implementado en la localidad? Desarrolle su respuesta en no más de seis líneas.

C. Comunicación social

Las actividades de información, educación y comunicación en el apoyo al PAI son parte de una estrategia que puede contribuir rápidamente a generar el cambio de actitud en los trabajadores de salud y la población, lograr altas tasas de coberturas de vacunación y mantener la confianza en los programas nacionales de inmunización.

C.1. Marco conceptual

En relación con el componente de comunicación social, se propone como objetivos rectores la reflexión participativa con los grupos de interés existentes, en pos de la definición y construcción de un programa de comunicación que acompañe las acciones del PAI, estimulando la participación e información de la población en general y de los distintos grupos en particular, sobre el Programa, sus contenidos, objetivos y resultados o impacto.

Para ello se pueden definir cinco actividades fundamentales a partir de las cuales se estructuran los productos esperados. Estas actividades son:

- identificación de los principales grupos de interés involucrados en la prestación de servicios del PAI;
- identificación de formas de sensibilización política de los actores sociales involucrados, a través de distintos incentivos;
- identificación de formas comunicacionales y participativas para usuarios, contemplando grupos objetivos y grupos especiales (ej., población desfavorecida, grupos indígenas, etc);
- definición de programas de educación para la salud y de comunicación social; y
- definición de estrategias de divulgación.

Pregunta 9.

Describa las acciones de comunicación social de su área de trabajo en relación con el PAI.

Pregunta 10.

¿Existe un programa de comunicación social por escrito en su área de trabajo? En caso de que conteste positivamente, preséntelo en el grupo.

Las primeras actividades señaladas en el marco conceptual están relacionadas con la búsqueda de información y clarificación del campo de acción de los actores y con el contexto en el que se desarrollará la acción. La misma se obtiene utilizando una metodología de investigación semiestructurada que contemple encuestas y entrevistas a líderes de opinión, análisis de legislación existente, análisis de grupos de poder, etc. Los productos esperados son:

- documentos diagnósticos;
- construcción de matrices estratégicas que ubiquen a los distintos grupos en relación con el programa (como potenciales aliados u opositores) estableciendo las acciones a implementar para cambiar o mejorar esa situación;
- modelo estratégico con acciones de sensibilización e incentivos;
- documentos con propuesta consensuada por los diferentes grupos identificados en el diagnóstico, con planificación estratégica de captación de diferentes grupos y un programa de movilización social que favorezca espacios para la discusión sobre el modelo propuesto; y
- plan estratégico que contemple estrategias comunicacionales adaptadas a las particularidades socioculturales y geográficas de la población a la que se piensa incorporar.

Las últimas dos actividades propuestas están estrechamente vinculadas a los resultados obtenidos en los procesos diagnósticos y de producción del plan estratégico. Este es el momento de acción más concreto, resumido en el desarrollo de talleres participativos, grupos focales, seminarios y jornadas de discusión o capacitación que contengan temáticas como desarrollo, salud, comunicación, participación, comunicación estratégica, etc., relacionados con el PAI. Los productos esperados de estas actividades:

- diseño y ejecución de programas comunitarios de comunicación social y mercadeo, adaptados a las particularidades locales y con participación de la población;
- banco de mensajes adecuados a las comunidades a las que se dirige el programa;



- diseño de programas integrales;
- diseño de espacios gráficos, televisivos, radiales (incluida la publicidad); y
- suplementos mensuales o quincenales dirigidos a grupos profesionales, etc.

Actividades iniciales

- (i) Constitución formal del grupo que llevará adelante el componente a nivel local provincial, y/o nacional con clarificación de responsables y referentes con los cuales se trabajará desde la coordinación del PAI;
- (ii) Compromiso y claridad respecto al diseño de un cronograma de actividades que apunten a la implementación de los distintos componentes;
- (iii) Realización de al menos un seminario interno entre los miembros que integren o participen en el Programa, sectores de salud y comunitarios, y de comunicación social para la discusión y análisis del PAI en su conjunto, o del plan de acción, o de la introducción de nuevas vacunas del PAI adecuado a las necesidades de los diferentes niveles.



Pregunta 11.

Analice las actividades descritas. ¿Cuáles cree Ud. que puede realizar en el corto plazo? Intercambie opiniones con el grupo, llegando a una conclusión final.

Unidad III

Programación – Formulación de prioridades

A. Objetivos específicos

- Interpretar el concepto de plan estratégico, sus componentes y niveles;
- interpretar el plan de acción anual, sus componentes y niveles;
- describir las metas y objetivos del PAI; y
- señalar la importancia de la información y sus distintos tipos.

B. Introducción

Cada gerente del PAI constantemente tiene que preguntarse “¿Cómo se está desempeñando el programa?” A fin de año o en ciertos momentos, la pregunta que un gerente siempre hace es “¿Hemos logrado las metas propuestas?”. Para realmente contestar estas preguntas el gerente y su equipo deben haber preparado un plan de acción, asignado recursos, monitoreado el desarrollo de las actividades, detectado problemas y haberlos resuelto, y si ha sido necesario, haber realizado ajustes al plan. A través del uso de indicadores clave (vea Módulo VI), y de metodología de evaluación, se ha venido recogiendo información para la elaboración de un plan estratégico (plan quinquenal) y el plan de acción del PAI (plan anual).

C. Plan estratégico quinquenal del PAI

El plan estratégico es un proceso continuo que define las metas a largo plazo basadas en las prioridades nacionales de salud, procura dar dirección general al programa y se desarrolla como producto de las evaluaciones periódicas del PAI. En él sobresalen las siguientes características:

- herramienta de negociación;
- flexible; y
- facilita la coordinación interinstitucional, intersectorial e interagencial.

El plan estratégico es un esfuerzo colaborativo que incluye otros servicios de salud, la comunidad y otros actores sociales.

En el plan estratégico se incluyen los objetivos, las estrategias generales y las metas de la Región de las Américas.

El Programa Ampliado de Inmunización (PAI), es una acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales, interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles y con fuerte compromiso de erradicar, eliminar y controlar las mismas. Las enfermedades objeto del Programa son: poliomielitis, sarampión, tétanos, difteria, tos ferina (pertusis), tuberculosis, rubéola y rubéola congénita, fiebre amarilla, *Haemophilus influenzae* tipo b y hepatitis B.

Los objetivos establecidos se describen a continuación:

- alcanzar y mantener 95% de cobertura de vacunación por municipio para cada biológico de importancia en salud pública;
- consolidar la interrupción de la transmisión endémica del virus autóctono del sarampión;
- mantener la erradicación de la poliomielitis;
- eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita;
- eliminar el tétanos neonatal, controlar la difteria, pertusis, hepatitis B, fiebre amarilla y *Haemophilus influenzae* tipo b;
- asegurar que todas las vacunas utilizadas sean de calidad, y que la vacunación sea segura;
- asegurar la disponibilidad de vacunas de los esquemas nacionales de vacunación mediante adecuada programación; y
- reducir el tiempo de introducción de nuevas vacunas de importancia en salud pública en los países de la Región.

D. Estrategias generales

- Mantenimiento de altos niveles de inmunidad en la población con las vacunas utilizadas;
- fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y red de laboratorios para detectar la reintroducción de los virus en erradicación/eliminación y detectar las enfermedades inmunoprevenibles bajo control;
- fortalecimiento del análisis y uso de la información para identificación y focalización de acciones y recursos en áreas y poblaciones de riesgo;
- generación de información epidemiológica y estudios de costos que permitan la introducción de vacunas de importancia en salud pública;

- fortalecimiento en todos los niveles de la capacidad gerencial, de promoción y movilización de recursos para lograr el sostenimiento financiero de los programas de inmunización;
- asegurar el cumplimiento de las funciones reguladoras básicas por las autoridades nacionales de control en los países; y
- promoción de la vacunación segura.

E. Metas de vacunación

- Vacunar el 100% de los menores de 1 año con vacuna contra la poliomielitis, DPT, BCG, *Haemophilus influenzae* tipo b y hepatitis B.
- Vacunar el 100% de los niños de 1 año de edad con vacuna contra el sarampión, rubéola y parotiditis.
- Vacunar el 100% de los susceptibles de 1 a 4 años, que no fueron vacunados durante su primer año de vida con vacunas contra la poliomielitis, sarampión, DPT, BCG, el *Haemophilus influenzae* tipo b y hepatitis B.
- Para mantener y monitorear la interrupción de la transmisión del sarampión en la Región, la OPS recomienda:
 - ⇒ Vacunar regularmente a niños de 1 año de edad: **MANTENIMIENTO**.
 - ⇒ Realizar campañas complementarias de vacunación dirigidas a todos los niños de 1 a 4 años, independientemente de su historia vacunal y al menos cada 4 años: **SEGUIMIENTO**.
 - ⇒ Alcanzar y verificar una cobertura >95% con vacuna antisarampionosa en todos los municipios.
 - ⇒ Cumplir por lo menos con el 80% en los indicadores clave de la vigilancia de los casos sospechosos de sarampión/rubéola (vea Módulo IV, Unidad II, Sección H).
- Incorporar una vacuna contra rubéola en todos los países (de preferencia SRP) a los programas de vacunación regular a los 12 meses de edad. Además es necesario realizar esfuerzos dirigidos a reducir el número de mujeres susceptibles en edad fértil. En los programas de vacunación regular alcanzar coberturas >95% por municipio.
- Para eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC), conducir a corto plazo una campaña masiva única para vacunar tanto a hombres y mujeres de 5 a 39 años de edad con vacuna contra el sarampión y rubéola alcanzando coberturas superiores al 95%.
- Mantener el 95% como cobertura de vacunación con OPV, en todos los municipios o áreas geopolíticas equivalentes.
- Vacunar el 100% de las embarazadas con toxoide tetánico-diftérico.
- Vacunar con toxoide tetánico-diftérico al 100% de las mujeres en edad reproductiva en todas las áreas endémicas para tétanos neonatal.

- Los países endémicos de fiebre amarilla deben lograr una cobertura de vacunación >95% de la población en las zonas enzoóticas. Es necesario también la vacunación contra la fiebre amarilla de todos los viajeros que entren a las áreas enzoóticas.
- Los países que no están usando la vacuna de Hib deben hacer un esfuerzo para introducirla en sus programas de vacunación regular.
- Los países que ya están usando la vacuna Hib deben monitorear y reportar la cobertura de vacunas y casos de Hib para medir el impacto de la vacunación.
- La inmunización universal de rutina debe ser la primera estrategia de prevención de la transmisión del virus de la hepatitis B:
 - ⇒ Los trabajadores de salud en riesgo de exposición a sangre u otros fluidos corporales deben ser vacunados rutinariamente.
 - ⇒ Los niveles de cobertura de HepB3 deben ser similares a los de DPT3 para cada año después de introducir la vacuna contra la hepatitis B.
- Los programas nacionales de inmunización deben asegurar el 100% del financiamiento de las vacunas y jeringas, así como los gastos de operación del programa con fondos de la nación.
- Todos los planes locales de salud deben incluir actividades y financiamiento para la vacunación y la vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles.
- Todos los municipios en cada país deben alcanzar, verificar y mantener más del 95% de cobertura de vacunación con todos los biológicos.

En cada jurisdicción se debe conocer la línea de base para estas metas, definir pocos indicadores a monitorear periódicamente y plantearse metas anuales en relación con las metas nacionales.

Progresos en el desarrollo de vacunas para la prevención de una larga y creciente lista de enfermedades infecciosas están ocurriendo rápidamente. El Grupo Técnico Asesor identifica a la influenza, infecciones por rotavirus, la enfermedad neumocócica, la enfermedad meningocócica, la hepatitis A, el virus de varicela zoster y el virus del papiloma humano (VPH) como candidatos importantes para consideraciones futuras.

El éxito de los programas de inmunización basados en indicadores establecidos, puede ser un buen pronóstico del éxito del sistema de salud en su totalidad. En los procesos de reforma del sector salud y procesos de descentralización, los indicadores del PAI deben ser utilizados como indicadores sensibles a los cambios, para medir el impacto. Los programas de inmunización deben ser incluidos como una intervención prioritaria en el paquete básico de salud definido como obligatorio para toda la población. Los programas de inmunización promueven una mayor equidad en salud porque incluyen la vacunación universal de la población objeto.

La inmunización debe ser un programa integrado en la atención primaria e infraestructura de salud y debe ser sustentable.

Las estrategias y tácticas a utilizar para la vacunación son múltiples, dependen del nivel de cobertura, de la realidad del país, región o área, de la situación social y económica, de su experiencia previa y de los objetivos del programa. **Ninguna estrategia es excluyente.**

En los nuevos conocimientos incorporados se deben tomar en cuenta:

- vacunación segura;
- calidad de las vacunas;
- reforma del sector salud e inmunización;
- importancia del laboratorio;
- estudios de investigación;
- municipios en riesgo;
- descentralización de las acciones;
- fortalecimiento de infraestructura;
- movilización social; y
- gerencia y gestión.

F. Plan de acción

El Plan de acción anual se deriva del plan estratégico y es una herramienta muy importante en la gerencia del PAI en todos los niveles (nacional, regional y local). La planificación de las actividades de inmunización comprende los siguientes momentos:

Momentos del proceso de planificación

- Análisis de la situación de salud
- Establecimiento de prioridades y metas
- Formulación de objetivos cuantitativos y cualitativos
- Programación de actividades
- Selección de estrategias y tácticas en concordancia con los objetivos
- Cálculo de inventario de recursos
- Implementación de las actividades de acuerdo a un cronograma
- Supervisión, monitoreo y evaluación

El sustento de esta estructura es el **sistema de información**.

Si bien es posible establecer una secuencia para el proceso de planificación, la misma no es rígida, sino que depende de la realidad de salud, en un área determinada, con una población determinada.

La planificación en el Programa Ampliado de Inmunización permite conocer entre otras cosas:

- las características de la comunidad a la que se prestará el servicio;
- los daños y riesgos a la salud que afectan a la población;
- los recursos de los que se dispone para las acciones y su grado de utilización expresado en la prestación de servicios; y
- los servicios otorgados.

Desde 1982, el PAI ha utilizado un instrumento de planificación en el que se delimitan las áreas de acción. Este instrumento se denomina **Plan de Acción o Plan Operativo Anual** y sus áreas son las siguientes:

COMPONENTES DEL PLAN DE ACCIÓN

1. Biológicos y suministros

Programación de todos los insumos necesarios para la inmunización y sus costos

2. Cadena de frío

Todo lo relativo a recursos humanos, materiales y financieros (vea Módulo III)

3. Capacitación

Las actividades de capacitación y producción de material de enseñanza-aprendizaje y sus respectivos costos

4. Comunicación social

Actividades de promoción y participación comunitaria con un presupuesto

5. Gastos operativos

Gastos de funcionamiento (salarios, combustible, mantenimiento de vehículos, etc.)

6. Supervisión

Preparación de manuales y normas. Movilización del personal

7. Vigilancia epidemiológica

Programación de la información para la acción (vea Módulo IV), guías, notificación e investigación de casos, apoyo a laboratorios, envío de muestras, manuales, etc.

8. Investigación

Programación de estudios especiales como oportunidades perdidas, municipios de bajas coberturas, estudios de carga de enfermedad, costo-beneficio, etc.

9. Evaluación

Toda la programación referida a los aspectos de evaluación con sus costos y financiamiento (vea Módulo VI)

Vea anexo 1, formato modelo de un Plan de Acción Quinquenal.

La coordinación extrasectorial es tan importante como la intrasectorial, como por ejemplo con los sectores de educación y extensión agraria, o con las unidades y clubes vecinales, clubes de madres, instituciones religiosas, fundaciones, etc. Las instituciones y organizaciones sociales del área deben ser identificadas para programar con ellas las actividades de manera conjunta. Estas actividades deben incluir desde la aplicación de biológicos y el desarrollo de la vigilancia, hasta la promoción de la vacunación en la comunidad. También es de suma importancia la coordinación con las diferentes agencias que realizan acciones de inmunización, como las ONG, ya que esto es fundamental para la eficiencia social del Programa.

Pregunta 1.

Describa tres características que Ud. considera más importantes, y que diferencian un Plan Quinquenal del PAI y un Plan de Acción del PAI o Plan Operativo Anual. Intercambie sus respuestas con las del grupo.

Pregunta 2.

Indique cuáles son los componentes del Plan de Acción del PAI.

G. Información

Para lograr un funcionamiento eficiente, los programas necesitan sistemas de información oportuna, efectiva, sensible y adecuada a los objetivos trazados. Por todo esto, para programar las actividades de vacunación se debe contar con información previa que permita orientar las actividades y racionalizar el uso de los recursos. A continuación se sintetizan los distintos tipos de información con los que debería contar el trabajador de salud:

G.1. Información epidemiológica

Con base en los indicadores de morbilidad y de mortalidad (tasas de incidencia, mortalidad y letalidad), coberturas de vacunación y tasas de deserción para cada área se hará primero un análisis de la situación de salud y se establecerán prioridades.



G.2. Información sobre el área de responsabilidad

Para implementar las actividades programadas es necesario delimitar las áreas geográficas, determinar la distribución de la población urbana y rural, con mapas actualizados o croquis del área de influencia y la localización de los servicios de vacunación.

G.3. Información demográfica y su utilización

- Población total y por grupos etáreos;
- nacidos vivos o proyecciones de menores de 1 año; y
- mujeres embarazadas y en casos específicos, mujeres en edad fértil, en su área de actividad.

Cuando se **carece de cifras específicas**, es posible calcular el número aproximado de personas en cada subgrupo de edad utilizando los siguientes indicadores respecto a la población total, teniendo en cuenta que es mejor utilizar indicadores de cada país, región o localidad.

Cuadro 1. Estimación de grupos objetivos

Grupos objetivos	Indicadores (% de la población total)
• menores de 1 año	3 %
• 1 año	3 %
• 2 a 4 años	11 %
• mujeres embarazadas	4 %
• mujeres en edad fértil	25 %
• < 15 años	40 %



Pregunta 3.

Señale si en su área de acción cuenta con la siguiente información:

	Sí	No
• Información epidemiológica (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Información sobre área de influencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Información demográfica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Información sobre infraestructura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Recursos físicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Información sobre recursos humanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Información sobre cadena de frío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Información sobre disponibilidad y entrega de vacunas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Presupuesto y políticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso de respuestas negativas, señale cuáles son los problemas existentes en no más de cinco líneas. Intercambie su respuesta con el resto del grupo.

Pregunta 4.

De su área de actividad, desarrolle la información más importante y en forma resumida, sobre:

- Infraestructura
- Cadena de frío
- Presupuesto y políticas



Pregunta 5.

Ordene de acuerdo a su criterio y según su importancia (1 más importante, 7 menos importante) las siguientes áreas de información:

- epidemiológica
- de responsabilidad
- demográfica
- infraestructura
- cadena de frío
- política y presupuesto
- disponibilidad y entrega de vacunas

H. Formulación de prioridades

Las prioridades se establecen basándose en:

- la información referente a la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad de las enfermedades objeto del programa;
- la disponibilidad de recursos humanos, materiales y financieros; y
- la definición de los grupos susceptibles, especialmente aquellos en los que se deben concentrar las actividades de vacunación por su mayor riesgo de no haber iniciado o no haber completado esquemas.

Asimismo, en base a las prioridades, se realizará la definición de metas a ser alcanzadas, garantizando que contribuyan efectivamente al control de las enfermedades inmunoprevenibles.

Para la definición de prioridades se debe tener en cuenta los grupos prioritarios y metas del programa ya revisados en la página 31 de esta unidad.



Pregunta 6.

Señale las prioridades del PAI en su país y área de responsabilidad.

Pregunta 7.

Discuta el proceso para el establecimiento de prioridades en su área de acuerdo a la pregunta 5.

Unidad IV

Cálculo de necesidades

A. Objetivos específicos

- Realizar el cálculo de la población a vacunar;
- calcular las necesidades de vacunas;
- analizar el factor de pérdida;
- calcular las jeringas a utilizar; y
- utilizar el formulario de cálculo anual de necesidades.

B. Introducción

Cada servicio de salud debe contar con suficientes vacunas para inmunizar a los lactantes y embarazadas en su zona de actividad. Cuando la existencia de vacunas en el servicio de salud es insuficiente, no se pueden realizar actividades de vacunación. Cuando existe un excedente de vacunas, ese excedente se puede desperdiciar o deteriorar.

C. Cálculo de la población a vacunar

De acuerdo a lo señalado en la Unidad II de este Módulo, los grupos de población objetivo del PAI (menores de 1 año, de 1 año, susceptibles de 2 a 4 años, mujeres embarazadas, mujeres en edad fértil en áreas de riesgo) pueden obtenerse del censo del registro civil, de los registros de las instituciones de salud, o pueden calcularse de acuerdo a la estimación del grupo objetivo, definido en las unidades anteriores.

Cuando no estén disponibles, se utilizan los indicadores del país, de la región y/o distritos.

Cuando se calculan las metas para el grupo de menores de un 1 año y 1 año de edad se debe tener presente que cada año hay una nueva población en este subgrupo. En cambio, al calcular aquellas correspondientes al grupo de 1 a 4 años se deberá tener en cuenta que muchos niños ya han sido vacunados, por lo cual no existe la necesidad de vacunarlos nuevamente. La estimación de susceptibles a vacunar en este grupo se hace con base a las coberturas o terceras dosis aplicadas en los años anteriores. Es importante hacer análisis de cohortes de niños vacunados en los últimos 4 años para el cálculo de susceptibles en todos los grupos etáreos.

Para conocer la cantidad de niños que se encuentran en estas condiciones, se deben consultar los registros administrativos de vacunación. Para el cálculo de las metas de vacunación de embarazadas se puede estimar que son el 4% de la población total, aunque esto varía con relación a cada país y región.

El cálculo para mujeres en edad fértil (MEF) puede ser obtenido por proporciones que fluctúan del 22 al 25% de la población general. El concepto de MEF varía de país a país. Estas variaciones pueden conformar los siguientes grupos: 12-49a, 12-45a, 15-45a y 15-49a. Dentro de la población de MEF están incluidas las mujeres embarazadas. Cuando se desea calcular la población de embarazadas aisladas de la población de MEF se utilizan proporciones de 3-5% de la población general.

A veces no es posible obtener datos confiables respecto al número de menores de 1 año, niños de 1-4 años de edad, MEF, embarazadas y < 15 años. Se pueden aplicar los porcentajes medios ya señalados en otros módulos, las poblaciones preferentemente se calculan de la manera como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 1. Cálculo estimado de población

Población total	Lactantes menores de 1 año (3%)*	Lactantes de 1 año (3%)	Niños de 1-4 años (11%)	Mujeres embarazadas (4%)	MEF (25%)	< 15 años (40%)
1.000	30	30	110	40	250	400
10.000	300	300	1.100	400	2.500	4.000
100.000	3.000	3.000	11.000	4.000	25.000	40.000

*Estos porcentajes están sujetos al crecimiento demográfico de cada país, región o distrito.



Pregunta 1.

Con el método anterior calcule la población de su área programática, compare el resultado con los datos reales que tenga de dicha área.

Población	Datos reales	Datos aproximados
Menores de 1 año		
De 1 año		
Menores de 1 – 4 años		
MEF		
Embarazadas		
< 15 años		

D. Cálculo de la necesidad de vacunas

El número de dosis de vacuna a administrar se calcula multiplicando el número de personas que deben ser vacunadas por el número total de dosis de la vacuna que se administrarán a cada persona (factor de corrección que implica el número de dosis por persona).

Con la nueva política sobre el uso de frascos abiertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se reduce de manera considerable el factor de pérdida de vacunas envasadas en ampollas de dosis múltiples.

Para contar con vacuna suficiente, se deben pedir dosis adicionales a fin de compensar las pérdidas de vacuna, por lo que es necesario conocer el factor de pérdida de cada vacuna.

Si no cuenta con un factor de pérdida por tipo de vacuna estimado a nivel local, puede utilizar los factores descritos en el Cuadro 2.

Si el número de dosis de vacuna antipoliomielítica por administrar asciende a 100, el número de dosis que se debe pedir para compensar la pérdida es igual a $100 \times 1,3$, o sea, 130 dosis. La pérdida calculada de OPV es del 30%. El factor de pérdida varía según la presentación de la vacuna y las tácticas utilizadas.

Cuadro 2. Factor de pérdida

Tipo de vacuna	%	Factor de pérdida*
DPT	20%	1,2
Pentavalente	20%	1,2
Antipoliomielítica	20%	1,2
SRP-10	30%	1,3
BCG	50%	1,5
Td	20%	1,2
FA	30%	1,3

* Con la nueva política de la OMS del uso de frascos abiertos multidosis, se reduce el factor de pérdida de la DPT, OPV y Td, usadas a nivel institucional.

Cuando la presentación de las vacunas es en monodosis no hay cálculo de factor de pérdida.

El factor de pérdida debe ser ajustado en cada país de acuerdo a estudios operativos y puede ser diferente en áreas urbanas y rurales y durante campañas.

Necesidades de vacuna DPT, antipoliomielítica oral y Hib

$$[(\text{Población} < 1 \text{ año} + \text{Población susceptible de 1 a 4 años}) \times 3] \times 1,2$$
Necesidades de vacuna SRP y antiamarílica

$$[(\text{Población de 1 año} + \text{Población susceptible de 2 a 4 años}) \times 1] \times 1,3$$
Necesidades de toxoide tetánico/diftérico

- Para zonas de riesgo, donde se hayan presentado casos de tétanos en recién nacidos: población de MEF (Población de embarazadas + Población de no embarazadas) $\times 2 \times 1,2$
- Para lugares que no son zona de riesgo: Población de embarazadas $\times 2 \times 1,2$

Necesidades de SR

- Para la vacunación de puérperas: Población de embarazadas $\times 1 \times 1,3$

Necesidades de vacuna BCG

$$(\text{Población} < 1 \text{ año} + \text{Población susceptible de 1 a 4 años}) \times 1,5$$

En el Cuadro 3 se aporta información complementaria para el cálculo de las necesidades de jeringas para la aplicación de vacunas.

Cuadro 3. Cálculo de necesidad de jeringas

BIOLÓGICO	USO	DESCRIPCIÓN	CÁLCULOS NECESARIOS
DPT	Aplicación	Jeringa de 1ml con aguja 23x1 (descartable)	Una jeringa y aguja por cada dosis a aplicar.
Hib	Aplicación	Jeringa de 1ml con aguja 23x1 (descartable)	
Td	Aplicación	Jeringa de 1ml con aguja 22x1 1/2 y/o 23x1 1/2 (descartable)	
SRP y antiamarílica	Reconstitución	Jeringa de 5ml con aguja No. 21 (descartable)	Una jeringa por cada frasco a reconstituir.
	Aplicación	Jeringa de 1 ml con aguja 25x5/8 (descartable)	Una jeringa y aguja por cada dosis a aplicar.
BCG	Reconstitución	Jeringa de 5ml con aguja No. 21 (descartable)	Una jeringa por cada frasco a reconstituir.
	Aplicación	Jeringa de 1 ml con aguja 26x3/8 (descartable)	Una jeringa y aguja por cada dosis a aplicar.

E. Cálculo de las necesidades anuales de vacuna para el PAI

El Cuadro 4 es un formulario utilizado en varios países de América Latina para facilitar el cálculo de las necesidades anuales de vacuna. El formulario, basado en los procedimientos de cálculo y las hipótesis analizadas previamente, es útil para calcular las necesidades de vacunas. Los cálculos se deben comparar con la utilización real de vacunas. Cada una de las secciones del formulario va identificada por una letra.

A) Identificación del servicio de salud

B) Población total

La población total de todas las edades en el área programática o de actividad del servicio de salud.

C) Poblaciones objetivo del PAI

D) Vacunación de niños menores de 1 año

Estas cifras se refieren a los cálculos del número de lactantes menores de 1 año a vacunar y el número de dosis a administrar.

E) Vacunación de niños de 1 año

Las cifras que se colocan aquí son los cálculos del número de *niños* de 1 año a vacunar y el número de dosis a administrar.

F) Vacunación de los niños de 1 a 4 años de edad

Cálculo del número de niños de 1 a 4 años de edad a vacunar y del número de dosis a administrar.

G) Vacunación de embarazadas y de MEF

Cálculo del número de embarazadas y MEF a vacunar en áreas de riesgo y del número de dosis a administrar (en la hipótesis de que a todas las embarazadas y MEF se les administrarán dos dosis de toxoide tetánico y las embarazadas una de SR en el post-parto).

H) Necesidades anuales de vacunas

El número de dosis requeridas por año para vacunar a las poblaciones preferentes se calcula multiplicando el número de dosis por administrar por el factor de pérdida. El Cuadro 5 presenta un ejemplo de utilización del formulario en un servicio hipotético denominado "Su centro de salud", que tiene una población total de 10.000 habitantes que residen en el área de actividad del servicio de salud. En el ejemplo, la cobertura de vacunación será del 100% y el número de personas en las poblaciones prioritarias se calcula conforme al procedimiento descrito. Ud. debe examinar cuidadosamente los cálculos presentados en el Cuadro 6.

I) Necesidades anuales de jeringas

Será igual al número de dosis a aplicar. No se considera factor de pérdida.

Ejercicio A.

Utilice el formulario en blanco denominado "Cálculo de las necesidades anuales de vacunas para el PAI" (Cuadro 4). En este ejercicio debe Ud. calcular las necesidades anuales de vacuna de su área de actividad o programática.

Algunos países han diseñado un formulario para el cálculo de necesidades de vacunas. Se recomienda utilizar el formulario de cada país para el desarrollo del ejercicio siguiente.

Ejercicio B.

Ahora que usted ya sabe cómo calcular las necesidades de vacunas y jeringas, haga el cálculo de estas necesidades en los Cuadros 4 y 6. Compare sus resultados con los del resto de los integrantes del grupo.

Cuadro 4. Cálculo de las necesidades anuales de vacunas para el PAI

A. Nombre y ubicación del servicio de salud _____

B. Población de la zona de actividad o programática del servicio de salud: _____

C. Poblaciones objetivo del PAI

Niños menores de 1 año: _____ Niños de 1 año: _____ Niños de 1-4 años: _____ Mujeres embarazadas: _____ MEF: _____

D. Vacunación de niños menores de 1 año			
Población a vacunar		Dosis de vacuna	
% de cobertura	No. de personas por vacunar	DPT/Penta/Polio (x 3)	BCG (x 1)

E. Vacunación de niños de 1 año con SRP			
Población a vacunar		Dosis de SRP (x 1)	
% de cobertura	No. de personas por vacunar		

F. Vacunación de embarazadas con Td o MEF en el post-parto con SR		
Población a vacunar		Dosis de toxoide tetánico por administrar (x 2) Dosis de SR por administrar (x 1)
% de cobertura	No. de personas por vacunar	
Td		
SR		

G. Suministro de vacunas necesarias por año			
Tipo	Dosis	Factor de pérdida	Dosis necesarias
DPT/Penta		1,2	
Antipoliomielítica		1,3	
SRP, SR o antisarampión		1,3	
BCG		2,0	
Td		1,2	
Hib		1,2	
Antiamarílica		1,3	
Hep B		1,2	

Cuadro 5. Cálculo de las necesidades anuales de vacunas para el PAI

- A. Nombre y ubicación del servicio de salud “Centro de salud”
- B. Población de la zona de actividad o programática del servicio de salud: 10.000
- C. Poblaciones objetivo del PAI
- Niños menores de 1 año: 300 Niños de 1 año: 300 Mujeres embarazadas: 400 MEF: 2.500

D. Vacunación de lactantes menores de 1 año

Población a vacunar		Dosis de vacuna	
% de cobertura	No. de personas por vacunar	DPT/Penta/Polio (x 3)	BCG (x 1)
100%	300	900	300

E. Vacunación de niños de 1 año con antisarampión / fiebre amarilla*

Población a vacunar		Dosis de antisarampionosa (X 1) de acuerdo a las vacunas y registros.
% de cobertura	No. de personas por vacunar	
100%	300	300

F. Vacunación de embarazadas o de MEF con Td

Población a vacunar		Dosis de toxoide tetánico por administrar (x 2)
% de cobertura	No. de MEF por vacunar	
100%	400	800

G. Suministro de vacunas necesarias por año

Tipo	Dosis por administrar	Factor de pérdida	Dosis necesarias
DPT/Penta	1500	1,2	1.800
Antipoliomielítica	1500	1,2	1.800
Antisarampionosa, SR o SPR	300	1,3	390
BCG	300	1,5	450
Td	800	1,2	960

Se debe agregar el cálculo de necesidades para la población sin vacunar acumulada de 1 a 4 años para DPT y polio y de 2 a 4 años para antisarampión. Se debe incluir el cálculo de los refuerzos para DPT, polio y sarampión.

* En las áreas que está incorporada en el PAI.

Cuadro 6. Cálculo de las necesidades anuales de vacunas para el PAI

A. Nombre y ubicación del servicio de salud "Centro de salud"

B. Población de la zona de actividad o programática del servicio de salud: _____

C. Poblaciones objetivo del PAI

Niños menores de 1 año: _____ Niños de 1 año: _____ Mujeres embarazadas: _____ MEF: _____

D. Vacunación de lactantes menores de 1 año			
Población a vacunar		Dosis de vacuna	
% de cobertura	No. de personas por vacunar	DPT/Penta/ Polio (x 3)	BCG (x 1)

E. Vacunación de niños de 1 año con antisarampión/FA		
Población a vacunar		Dosis de antisarampionosa (X 1) de acuerdo a las vacunas y registros.
% de cobertura	No. de personas por vacunar	

F. Vacunación de embarazadas o de MEF con Td		
Población a vacunar		Dosis de toxoide tetánico por administrar (x 2)
% de cobertura	No. de MEF por vacunar	

G. Suministro de vacunas necesarias por año			
Tipo	Dosis por administrar	Factor de pérdida	Dosis necesarias
DPT/Penta			
Antipoliomielítica			
Antisarampionosa, SR o SPR			
BCG			
Td			

Se debe agregar el cálculo de necesidades para población sin vacunar acumulada de 1 a 4 años para DPT y polio y de 2 a 4 años para antisarampión. Se debe incluir el cálculo de los refuerzos para DPT, polio y sarampión.

Unidad V

Definición de estrategias y tácticas de vacunación

A. Objetivos específicos

- Seleccionar las estrategias de vacunación del PAI;
- analizar las ventajas y desventajas de las estrategias de vacunación;
- seleccionar las tácticas de vacunación más adecuadas a las necesidades del nivel local; y
- analizar las ventajas y desventajas de las tácticas de vacunación.

B. Introducción

Para alcanzar los objetivos del PAI, ya definidos en los anteriores módulos, es necesario efectuar la movilización de los recursos humanos y materiales, la participación de la comunidad, y la coordinación intra y extrasectorial. Grandes han sido los avances en la selección de estrategias y tácticas para lograr coberturas útiles de vacunación. La aplicación de cada una de ellas depende de la realidad de cada país, o área, su organización y los niveles de desarrollo alcanzado por el PAI.

C. Estrategias

El Programa Ampliado de Inmunización contempla la utilización de 3 estrategias fundamentales para la oferta de las vacunas a la población y disminuir la morbimortalidad infantil.

C.1. Acciones de vacunación en forma permanente

Consisten en la aplicación de todos los biológicos durante todos los días hábiles del año a nivel institucional, puestos fijos, casa por casa, brigadas, equipos móviles, microconcentración, canalización, haciéndose énfasis en la vacunación institucional, con la finalidad de mantener coberturas útiles de vacunación.

Ventajas de la vacunación permanente

- Registro confiable de la aplicación de todos los biológicos y seguimiento del niño vacunado;
- mantenimiento de coberturas útiles de vacunación;
- disminución de las oportunidades perdidas; y
- permite lograr los objetivos de erradicación y eliminación de las enfermedades prevenibles por vacuna de una manera sistemática y confiable.

C.2. Acciones de vacunación intensiva

Es la realización de actividades intensivas como las Jornadas o Campañas de Vacunación, con la movilización masiva y ordenada de la población en un día o en un corto periodo de tiempo, con el fin de aplicar el mayor número posible de dosis de vacuna, contando con la participación de los más diversos grupos de la comunidad intra y extrasectoriales y con una acción muy decidida de los medios de comunicación masiva; se pueden desarrollar a nivel local, regional o nacional.

Nivel local – Pueden realizarse actividades intensificadas de inmunización durante breves periodos para complementar los programas de vacunación diaria de rutina. Ello resulta especialmente útil en las zonas en que los servicios de salud son deficientes o es baja la cobertura. La vacunación en masa también es útil en los casos que requieren medidas rápidas, como, por ejemplo, la interrupción de una epidemia.

Nivel nacional – Las jornadas nacionales de vacunación constituyen una modalidad de esta estrategia de intensificación. En el contexto de este enfoque se movilizan a escala nacional muchos recursos (de sectores académicos, militares, religiosos, de empresas privadas y de la comunidad), durante 1, 2 ó 3 días, o durante otro periodo de tiempo, una o más veces por año, a fin de incrementar el acceso a los servicios y la cobertura de las actividades de inmunización en una nación.

A las campañas intensivas iniciales puede que se necesite agregar campañas periódicas orientadas hacia grupos especiales tomados como objetivo. Esas *series* o *jornadas de vacunación* se efectúan para acelerar las actividades de vacunación y pueden utilizarse a nivel local o nacional. Igualmente, pueden conjugarse muchos recursos y centrarse la atención de los medios de difusión en tales acontecimientos.

El objetivo es:

- aumentar las coberturas de vacunación en periodos cortos;
- complementar las deficiencias de la infraestructura del sistema de salud; y
- adelantarse a la épocas de mayor incidencia de las enfermedades.

Ventajas de las actividades de vacunación intensiva

- Lograr los objetivos de erradicación y eliminación de las enfermedades prevenibles por vacuna;
- el intenso proceso de concienciación a la población en general sobre la necesidad e importancia de la vacunación. Esto se logra fundamentalmente a través de los medios masivos de comunicación;
- la gran movilización y el apoyo intra y extrasectorial que se genera alrededor de la vacunación;
- complementar las deficiencias de otras estrategias al aumentar cobertura en forma acelerada; y
- alto costo/beneficio que justifica esta estrategia.

Desventajas de las actividades de vacunación intensiva

- Es difícil mantener interesada en forma continua al personal de salud y a la comunidad;
- las coberturas pueden declinar en las sucesivas campañas o jornadas;
- se pueden descontinuar las otras actividades de salud, y por lo tanto provocar dificultades en otros programas; y
- difícil sustentabilidad.

C.3. Vacunación emergente (bloqueo/operación barrido)

Se refiere a la vacunación intensificada casa por casa de la población objetivo presente y residente en los domicilios de los municipios o departamentos definidos como de alto riesgo. Para supervisar la actividad se visitan aleatoriamente un grupo de viviendas.

Su finalidad es interrumpir la transmisión de la enfermedad en un lapso de tiempo breve. Además contribuye tratando de alcanzar las mejores coberturas de vacunación; los servicios de salud deben estar preparados para realizar operaciones rápidas.

Ventajas de la vacunación emergente

- Permite la cobertura total de la población objetivo en un área geográfica específica (municipio o departamento) e involucra a la comunidad en la solución de sus problemas de salud;
- permite reducir rápidamente el número de susceptibles, lo que dificulta la transmisión de la enfermedad;
- permite la búsqueda activa de casos;
- permite el incremento de coberturas; y
- permite la combinación de acciones interprogramáticas.

Desventaja de la vacunación emergente

- Existe gran uso de recursos humano, logístico y financiero.

Las estrategias no son excluyentes entre sí, se pueden combinar dependiendo de los objetivos; la vacunación intensiva y emergente puede desarrollarse a nivel local, regional y nacional. En el Módulo de Supervisión, monitoreo y evaluación, se hace énfasis en el monitoreo rápido de cobertura a nivel local, que debe programarse con cada estrategia a implementar. El participante debe volver a leerlo.



Pregunta 1.

En su país, ¿cuál es la estrategia que más utiliza y cuál es el aporte de cada estrategia?

Pregunta 2.

¿Cuál cree Ud. que sería la estrategia que más se debería utilizar? Intercambie su respuesta con las del resto del grupo.

D. Tácticas

Son las diferentes formas en que los servicios de salud realizan la oferta de vacunación.

D.1. Inmunización en el servicio de salud

Descripción

Este método de vacunación es el que se utiliza más comúnmente. El personal de salud espera que los niños sean llevados a las instalaciones del servicio de salud para ser vacunados, o captados en la institución cuando consultan por otra causa. Es por demanda espontánea e institucional. Requiere una buena educación para la salud en la comunidad y una buena concienciación del personal de salud sobre los beneficios de la vacunación y las pocas contraindicaciones.

Ventajas

- Bajos costos de la actividad, no se incurre en gastos de transporte o viáticos para el personal;
- todos los servicios médicos, el equipo y la documentación están fácilmente disponibles en el centro de salud u otra planta física;
- facilita la supervisión;
- contribuye a la atención integral;
- mejor calidad de la cadena de frío;
- reduce el factor de pérdida de las vacunas; y
- trabajo en ambientes adecuados.

Desventajas

- Los resultados dependen de la motivación del personal de salud para prestar una atención integral y de las familias para llevar sus niños al centro de salud. En consecuencia, los niños de más riesgo (los que están desnutridos y/o los que provienen de familias de bajos recursos) posiblemente no sean vacunados si sus padres carecen de tiempo para acudir al servicio de salud;
- requiere una concentración de población para que sea eficiente; y
- para alcanzar altas coberturas, depende de la capacidad de captación de los servicios de salud y de la demanda espontánea de la población.

D.2. Vacunación casa a casa

Descripción

El personal de salud realiza visitas a domicilio en la comunidad para identificar a los lactantes, embarazadas y MEF, y vacunarlos.

Ventajas

- Permite alcanzar a los niños que corren mayor riesgo de contraer las enfermedades y vacunarlos;
- el personal llega a conocer a los habitantes de la zona de influencia del servicio de salud y estos a su vez se familiarizan con el personal de salud;
- se establecen relaciones más estrechas entre el personal de salud y la comunidad, que deben culminar en una utilización más perfecta de los programas de atención primaria y prenatal;
- puede llegar a cubrir el 100% de la población objetivo;
- permite realizar censos de población locales y corregir denominadores a este nivel;
- se utiliza en conjunto con el PAI para realizar otras acciones; y
- permite captar a los niños que no han cumplido su asistencia a la institución o que no tienen acceso a los servicios de salud.

Desventajas

- La vacunación en el hogar acaso sea menos costo-efectiva debido al tiempo requerido para efectuar las visitas a domicilio;
- se incurre en gastos de viajes y dietas;
- es más difícil supervisar las actividades;
- existe la posibilidad de que aumente el desperdicio de vacunas debido al pequeño número de niños por vacunar;
- promueve una actitud pasiva de la comunidad hacia la vacunación;
- dificulta otras actividades cuando hay pocos recursos humanos; y
- dificulta el manejo de reacciones adversas.

D.3. Puestos de vacunación (microconcentración)

Descripción

Un equipo de vacunadores se traslada a lugares de gran circulación o concentración de población (parques, iglesias, escuelas, etc.) para acercar el servicio de vacunación a la población; se pueden realizar otras actividades.

Ventajas

- Acerca los servicios de inmunización a la población;
- estos puestos se pueden utilizar para otras intervenciones en salud; y
- permite la atención integrada al prestar otros servicios de atención primaria.

Desventajas

- Requiere anunciar a la comunidad previamente a través de medios de comunicación locales, la realización de la actividad con el fin de lograr su mayor participación; y
- no se logra cubrir a toda la población que reside en el área.

D.4. Brigadas o equipos móviles

Descripción

Un equipo de varios trabajadores de salud se traslada a las localidades no atendidas por los servicios de salud existentes para realizar actividades de inmunización y otras actividades sanitarias. Por lo común, el equipo cuenta con un vehículo.

Ventajas

- Lleva los servicios de inmunización a las comunidades que tienen un difícil acceso a los servicios de salud;
- las visitas se pueden utilizar para la atención prenatal, la evaluación nutricional de los niños y otras actividades de atención primaria de la salud, además de la actividad de inmunización;
- permite inmunizar a niños, embarazadas y MEF en las zonas rurales o comunidades urbanas no atendidos por los servicios de salud; y
- permite la atención integrada al prestar otros servicios de atención primaria.

Desventajas

- El costo de transporte del personal y los suministros;
- los costos por concepto de viáticos;
- la supervisión puede ser difícil;
- el éxito depende de que el personal aplique estrictamente un plan de visitas y de que haya un conocimiento general de la fecha de esas visitas en la comunidad. La asistencia disminuirá si el plan de visitas de desplazamiento sistemático no se aplica estrictamente durante un largo tiempo;
- requiere exigentes condiciones de cadena de frío; y
- puede aumentar la pérdida de dosis de vacuna.



Pregunta 3.

Señale:

	Ventajas	Desventajas
Vacunación en el servicio de salud	_____	_____
Vacunación casa a casa	_____	_____
Puesto fijo	_____	_____
Equipo móvil	_____	_____

D.5. Canalización

Buscar y detectar la totalidad de la población susceptible en un área determinada a través de un censo, identificando a los niños y su nivel de inmunización para ser vacunados cerca de su lugar de residencia. La detección se realiza casa por casa a través del personal de salud y de líderes o miembros de la comunidad previamente seleccionados y entrenados.

Ventajas

- Captación oportuna y total de la población susceptible;
- aumento de cobertura;
- relación de los funcionarios con la comunidad;
- participación de miembros de la comunidad en el programa;
- permite calcular coberturas por áreas o sectores; y
- racionaliza el recurso.

Desventajas

- Necesidad de recursos humanos con habilidades especiales en organización y trabajo comunitario; y
- en algunas oportunidades los recursos seleccionados no representan a la comunidad, sino que son simplemente voluntarios.

D.6. Condiciones especiales

Vacunación en zonas de difícil acceso

Los grupos de población pueden encontrarse en zonas de difícil acceso a las actividades de inmunización debido a su geografía y razones socioculturales.

La población de difícil acceso por razones geográficas (esto es, la que reside a mucha distancia de los servicios de salud establecidos) puede ser vacunada con frecuencia mediante una combinación de inmunización a domicilio, desplazamiento sistemático, horarios más convenientes y servicios de equipos móviles. En algún momento, el costo para vacunar a las poblaciones de difícil acceso geográfico puede llegar a ser muy elevado. Las ventajas o desventajas surgen de las tácticas a aplicar.

Los casos de difícil acceso por factores socioculturales se deben analizar a fin de identificar los medios a través de los cuales se puede lograr que la inmunización sea más aceptable para esa comunidad.

Pregunta 4.

De acuerdo a su experiencia, a lo definido en esta Unidad, a las campañas y jornadas de vacunación que realiza el PAI y sus resultados, señale su parecer. Intercambie su parecer con el grupo.



E. Programación de actividades complementarias de vacunación

Es importante considerar no solo la forma en que se prestarán los servicios de vacunación a las poblaciones prioritarias, sino también la oportunidad en que se ofrecerán dichos servicios. Por ejemplo, según las necesidades y recursos específicos del área de actividad o programática, puede ser conveniente ajustar la programación de las actividades de vacunación.

Fuera de horario normal de trabajo – Las sesiones de vacunación en horas vespertinas o durante el fin de semana o días de mercado pueden permitir que las madres que trabajan lleven a sus niños al servicio de salud para su inmunización.

Mensual o trimestralmente – Puede ser conveniente prestar servicios intensivos de inmunización durante unos pocos días por mes o trimestre. En este caso la inmunización puede ser objeto de una publicidad adicional y de nuevas actividades de organización comunitaria, aplicando algunas de las tácticas antes mencionadas. Este tipo de programación permite reducir el número de días durante los cuales se deben conservar las vacunas en el servicio de salud, disminuyendo así la posibilidad de que estas sean manipuladas de manera incorrecta o indebidamente almacenadas.

Ventajas

- Esta puede ser la única manera de inmunizar a los niños y las mujeres embarazadas en las zonas rurales o en las comunidades urbanas que carecen de servicios de salud.

Desventajas

- Los costos de transporte y viáticos suelen ser altos; y
- la supervisión y el mantenimiento de la cadena de frío son difíciles y es preciso cumplir los cronogramas de vacunación.

F. Selección de la táctica

La selección de la táctica de inmunización tiene relación directa con el nivel de desarrollo de la infraestructura de salud. Para la mayoría de los países en la Región de las Américas, una combinación de tácticas puede ser lo mejor en función de cubrir la totalidad de la población objetivo. Para decidir apropiadamente sobre la implementación de una táctica, son necesarios los datos de morbilidad de las enfermedades inmunoprevenibles.

En la selección de una táctica deben ser considerados los siguientes aspectos:

- recursos humanos cualitativos y cuantitativos;
- recursos materiales suficientes;
- financiamiento adecuado;
- administración para el manejo adecuado de la táctica seleccionada;
- utilización del recurso humano en acciones no rutinarias;
- capacitación del personal por niveles;
- cadena de frío existente; y
- definición de áreas de riesgo según: presencia de casos, coberturas vacunales, estado de la vigilancia epidemiológica, zonas silenciosas o de difícil acceso, zonas de pobreza urbanas y rurales de migración y zonas fronterizas.

Todo lo anterior debe ser analizado antes de tomar una decisión. Es posible que la puesta en marcha de una táctica se acompañe de un cambio en la infraestructura, pero siempre debe tenerse en cuenta que dichas tácticas son complemento y no reemplazo de los servicios ofrecidos en la atención primaria de salud. Para ello es necesario reforzar la infraestructura, de tal modo que pueda garantizar el éxito de cualquier táctica.

Debe ser enfatizado que independientemente de las estrategias, tácticas, combinación de tácticas y estrategias elegidas para las actividades de inmunización, el compromiso político y la asignación de recursos suficientes son factores primordiales en el éxito del programa.

Resumen de estrategias y tácticas de vacunación

Estrategias	Objetivos	Tácticas
Permanente	Control de enfermedades	Vacunación institucional Canalización Casa por casa Brigada/Equipo móvil Puesto fijo/microconcentración
Intensiva • Nacional • Regional • Local	Incremento de coberturas	Puesto fijo/microconcentración Brigada/Equipo móvil Casa por casa Canalización Vacunación institucional
Emergente • Nacional • Regional • Local	Interrupción de transmisión, eliminación, erradicación	Casa por casa Brigada/Equipo móvil Puesto fijo/microconcentración Canalización Vacunación institucional

Pregunta 5.

En su país y área de actividad, ¿qué estrategia y tácticas de inmunización se utilizan?

Pregunta 6.

De acuerdo a lo presentado en esta unidad y a sus propios criterios, ¿cuál es la táctica que se debe aplicar para lograr mayor éxito en el PAI? ¿Por qué? Analice sus respuestas con el resto del grupo.



Ejercicio (45 minutos)

Los grupos deberán dividirse en subgrupos y a cada uno se les solicitará elegir cuál o cuáles de las actividades mencionadas en el módulo (inmunización casa por casa, desplazamiento, operación barrido, etc.) se adapta a cada uno de los problemas planteados a seguir. Para cada una de las actividades el grupo deberá describir las etapas necesarias para organización de actividad, incluyendo personal, material, apoyo logístico (costos, viáticos, transporte, etc.), tiempo y mecanismos de evaluación y supervisión.

¿Cuál o cuáles estrategias se debe elegir?

1. La ciudad de Clorinda tiene 20.000 habitantes y una cobertura con ASAR del 63%. El servicio de salud detecta una alerta de que puede ocurrir un brote de sarampión.
2. Un municipio con población de 15.000 habitantes, de los cuales 12.000 viven en el área rural. Las coberturas urbanas son del 70% y las rurales del 30%. El servicio decide aumentar las coberturas.
3. Ocurrió un caso de parálisis flácida aguda en San Miguel, con 20.000 habitantes. La cobertura con VOP es del 90% con tres dosis. ¿Cuál es su decisión?
4. Se identificó la existencia de una población de 1.300 habitantes que vive en zona de difícil acceso, sin servicio de salud. El servicio de salud más cercano está de 5 a 50 km de distancia.

Desarrolle las estrategias que va a implementar.