

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

PIM

Programas de inmunización a medida



Programas de inmunización a medida (PIM)

© Organización Panamericana de la Salud, 2020

ISBN: 978-92-75-32216-1

eISBN: 978-92-75-32217-8

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: "Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS".

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: "La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción".

Forma de cita propuesta: Programas de inmunización a medida (PIM). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, véase www.publications.paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/permissions.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, 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. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

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

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Versión oficial en español de la obra original en inglés

Tailoring Immunization Programmes (TIP)

© World Health Organization 2019

ISBN 978-92-89-05449-2

OPS/FPL/IM-2020

Resumen

La vacunación o inmunización es una excelente intervención de salud, que salva millones de vidas y ahorra aún más dolor y sufrimiento. Permite reducir las desigualdades, aumentar el acceso a los servicios de salud en general e incluso reducir la pobreza.

Entonces, ¿por qué muchas personas no están plenamente protegidas frente a las enfermedades prevenibles por vacunación? No hay respuesta sencilla. Algunas personas consideran que su profesional de salud no les presta el apoyo que precisan. Para otras, el horario o el período de espera resultan incómodos; otras pueden dudar de la inocuidad de la vacuna, o desconfían de las autoridades de salud. Algunas otras pueden no haber recibido información adecuada sobre cuándo y dónde acudir a vacunarse.

Para alcanzar una cobertura vacunal elevada y equitativa, es necesario comprender las barreras a la vacunación en los grupos de población con insuficiente cobertura vacunal. **Solo así pueden diseñarse soluciones que promuevan, motiven y hagan posible la vacunación;** soluciones que garanticen la vacunación de todos los grupos de población, con independencia de sus ingresos, nivel educativo, edad, ubicación geográfica, grupo étnico, religión o creencias filosóficas.

La Oficina Regional de la OMS para Europa ha desarrollado el enfoque “Programas de inmunización a medida” (PIM) para ayudar a los países a lograrlo. Se basa en los datos científicos y la experiencia a nivel de país, y busca integrar la investigación centrada en las personas y la perspectiva comportamental en las políticas y la planificación de programas de inmunización.

El enfoque PIM se basa en tres pilares principales: **1) seis valores y principios; 2) un modelo teórico; y 3) un proceso gradual con ejercicios detallados.** En el presente documento se describen con detalle las fases y etapas de un proceso de PIM, con ejercicios y ejemplos que puedan servir de inspiración para los talleres de planificación de PIM.

Proceso del PIM



Índice

Agradecimientos	VI
Siglas y abreviaturas	VI
Leyenda	VI

CAPÍTULO 1

Antecedentes

Introducción	04
¿Por qué PIM?	06
Los tres pilares del enfoque PIM	09

CAPÍTULO 2

Proceso

Panorámica de las fases de PIM	28
FASE PREVIA: PLANIFICACIÓN	29
FASE 1: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN	34
FASE 2: INVESTIGACIÓN	43
FASE 3: DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN	56
FASE POSTERIOR: EJECUCIÓN	88
Referencias	91
Anexo 1: Lista de herramientas y recursos	94

Agradecimientos

El presente documento es un desarrollo ulterior del primer documento de PIM publicado en el año 2013, con Robb Butler y Nathalie Likhite como autores principales.

Este documento de la Oficina Regional de la OMS para Europa ha sido elaborado por Katrine Bach Habersaat con aportaciones de Cath Jackson, quien ha sido una persona clave en este desarrollo ulterior del enfoque PIM y su aplicación en los países. Colaboraron asimismo Pernille Jorgensen, Siff Malue Nielsen, Anja Schreijer y Marie Louise Wright. Este grupo y Julie Leask impartieron varios talleres para debatir y acordar los pilares principales del enfoque PIM.

El documento se basa en los datos existentes y la experiencia a nivel de país a partir de su aplicación en doce países de dentro y fuera de la Región de Europa durante el período 2013-2019. Va nuestro sincero agradecimiento a las muchas personas que han impulsado los procesos nacionales de PIM y han contribuido a configurar el desarrollo ulterior del enfoque y promovido su uso.

El nuevo enfoque PIM sigue también las orientaciones y recomendaciones de una revisión externa del primer enfoque PIM, llevada a cabo en el año 2017 por un equipo de expertos mundiales: Victor Balaban, Eve Dubé, Benjamin Hickler, Everold Hosein, Julie Leask y Brent Wolff (1).

Han revisado el documento once expertos en representación de los Estados Miembros, la comunidad académica, colegas de la OMS y organizaciones asociadas: Lou Atkins, Cornelia Betsch, Eve Dubé, Benjamin Hickler, Cath Jackson, Ketevan Kandelaki, Catharina de Kat, Aida Kula, Julie Leask, Louise Letley, Lisa Menning y Anja Schreijer. Sus aportaciones fueron muy valiosas y merecen un agradecimiento sincero.

Leyendas



Recuadro de inspiración



Tarea



Pilar de PIM



Pacientes o cuidadores



Personal de salud



Navegación:
panorámica de las
FASES de PIM

Siglas y abreviaturas

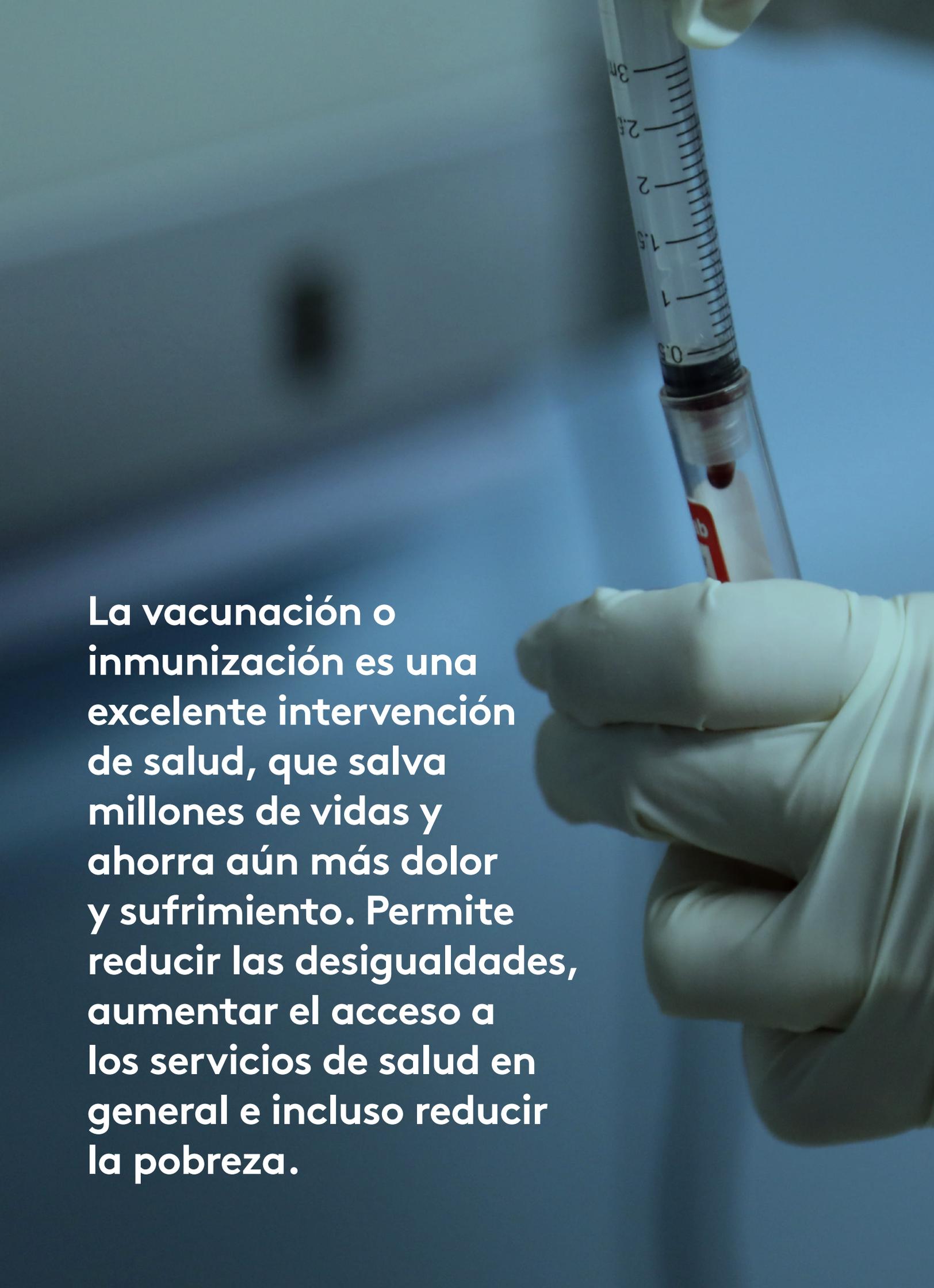
COM	capacidad, oportunidad, motivación
COM-C	capacidad, oportunidad, motivación Y comportamiento
DTP3	tercera dosis de la vacuna DTP (contra la difteria, el tétanos y la tosferina)
ECDC	Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades
EVAP	plan de acción europeo sobre vacunas
incl.	incluido
MCV2	segunda dosis de la vacuna contra el sarampión
ODS	objetivos de desarrollo sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
p. ej.	por ejemplo
PGT	Programa General de Trabajo
PIM	programas de inmunización a medida
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

A close-up photograph of a young girl with dark hair, wearing an orange shirt, receiving a vaccine. A healthcare worker's hands are visible, one holding the girl's face and the other administering the vaccine into her mouth. The background is slightly blurred, showing other people in a public setting.

PIM: Programas de inmunización a medida

CAPÍTULO 1

Antecedentes



La vacunación o inmunización es una excelente intervención de salud, que salva millones de vidas y ahorra aún más dolor y sufrimiento. Permite reducir las desigualdades, aumentar el acceso a los servicios de salud en general e incluso reducir la pobreza.

CAPÍTULO 1

Antecedentes

Introducción	04
¿A quién va dirigido este documento?	05
¿Quién puede ayudar a los países a llevar a cabo un proceso de PIM?	05
¿Por qué PIM?	06
Indagación social y conductual para comprender las barreras frente a la vacunación	07
El encuentro de vacunación	07
Cobertura vacunal equitativa	08
Objetivos y estrategias mundiales, regionales y nacionales	08
Objetivos de desarrollo sostenible	08
Programa General de Trabajo de la OMS	08
Objetivos regionales y nacionales	09
Los tres pilares del enfoque PIM	09
Primer pilar de PIM: valores y principios	09
Centrado en las personas	10
Equidad	10
Participación	10
Objetivos de salud	10
Evidencia	10
Exhaustividad	10
Segundo pilar de PIM: modelo y marco teórico	11
Adaptación del modelo COM-C al enfoque PIM	12
Vía para desarrollar una intervención	22
Tercer pilar de PIM: proceso con fases y etapas	23

Introducción

La vacunación o inmunización es una excelente intervención de salud pública: salva millones de vidas y ahorra aún más dolor, sufrimiento y absentismo laboral y escolar (2). Reduce el uso de antibióticos (3), y puede reducir las desigualdades (4), aumentar el acceso a los servicios de salud en general (5) e incluso reducir la pobreza (6).

No obstante, muchas personas siguen sin estar plenamente protegidas frente a las enfermedades prevenibles por vacunación. Los brotes recurrentes de tales enfermedades nos recuerdan que esta protección plena no se ha alcanzado aún en los países de la Región de Europa de la OMS. La cobertura vacunal a nivel nacional o subnacional no siempre alcanza las metas fijadas. Existen grupos de población subatendidos y marginados que no se benefician de los servicios de vacunación en el mismo grado que el resto de la población.

¿Por qué sucede esto? No es fácil dar una respuesta. Algunas personas simplemente se olvidan. Otras no se sienten cómodas acudiendo al dispensario; para otras, el horario o el período de espera les resultan incómodos; algunas pueden dudar de la inocuidad de la vacuna, o desconfían de su médico o de las autoridades de salud. La lista de posibles causas es larga.

Para alcanzar una cobertura vacunal elevada y equitativa, es necesario primero identificar las

barreras que obstaculizan la vacunación y los factores que la facilitan (esto es, los factores que afectan la vacunación de manera negativa o positiva) en el grupo de población específico al que nos dirigimos. Solo así pueden diseñarse las soluciones: soluciones que promuevan, motiven y hagan posible la vacunación; soluciones que garanticen la vacunación de todos los grupos de población, con independencia de sus ingresos, nivel educativo, edad, ubicación geográfica, grupo étnico, religión o creencias filosóficas.

Para ayudar a los países a lograrlo, la Oficina Regional de la OMS para Europa ha desarrollado el enfoque "Programas de inmunización a medida" (PIM). Este enfoque proporciona a todos los interesados directos que trabajan en el campo de la vacunación una serie de herramientas de eficacia comprobada para identificar las poblaciones deficientemente vacunadas, determinar las barreras y los factores facilitadores, y diseñar las intervenciones, según se describe en la figura 1.

Suele iniciarse un proceso de PIM cuando:

- se han detectado en grupos de población específicos cifras de cobertura vacunal inferiores a las deseadas o susceptibilidad elevada a las enfermedades prevenibles por vacunación; o bien
- hay inquietud por un descenso de la cobertura vacunal a nivel nacional o en grupos de población o zonas geográficas específicos.

Figura 1. Lógica del enfoque PIM



Para que tengan la información necesaria quienes deseen implantar un proceso de PIM, en este **capítulo 1** se ofrece una introducción a:

- los principales planes y objetivos relacionados con la vacunación, y qué relación guarda el enfoque PIM con ellos; y
- los tres pilares del enfoque PIM
 - Valores y principios de PIM
 - Modelo teórico y vía de PIM
 - Proceso de PIM.

Para ayudar a los ejecutores a estructurar el proceso de PIM, en el **capítulo 2** se presenta una descripción detallada del proceso de PIM, sus fases y etapas, con:

- ejercicios para ayudar a estructurar los resultados, guiar los debates y sugerir los criterios para la toma de decisiones;
- recuadros de inspiración y asesoramiento para fundamentar e inspirar los procesos de PIM;
- enlaces a otros documentos pertinentes de orientación.

¿A quién va dirigido este documento?

Este documento ofrece inspiración e indicaciones a todos los interesados directos involucrados en un proceso de PIM.

Un proceso de PIM suele estar impulsado y ejecutado por las autoridades nacionales (o subnacionales) de salud; por lo general, el programa de inmunización. El programa puede decidir ejecutar todas las fases como se recomienda en este documento, o bien aprovechar los principios esbozados para diseñar un proceso más rápido (véase “Planificación de PIM”).

¿Quién puede ayudar a los países a llevar a cabo un proceso de PIM?

El proceso de PIM está dirigido por el equipo de país que lo inicia. La Oficina Regional de la OMS para Europa puede prestar apoyo técnico para iniciar y ejecutar un proceso de PIM; por ejemplo, con el análisis de la situación, las actividades con participación de interesados directos, los estudios de investigación y el diseño de la intervención. Puede involucrarse asimismo a otros asociados, como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en apoyo de estas tareas.

El proceso ulterior de ejecutar una intervención (con múltiples actividades posibles) puede durar años. En este proceso se ve implicado a menudo un grupo más amplio de asociados o colaboradores (véase la figura 2).

CONVIENE SABER

El propósito del enfoque PIM es lograr una cobertura vacunal elevada y equitativa. Por **cobertura vacunal equitativa** entendemos lograr el mismo nivel de vacunación en los distintos subgrupos de población, con independencia de factores como ingresos, nivel educativo, ubicación geográfica, grupo étnico o integración social.

La cobertura vacunal equitativa puede lograrse teniendo en cuenta y abordando las diferencias, inequidades y desventajas estructurales, y garantizando la adaptación a medida de los servicios de vacunación para satisfacer las necesidades de pacientes y cuidadores. No significa tratar igual a todas las personas.

Figura 2. Interesados directos que apoyan los procesos de PIM



¿Por qué PIM?

La Región de Europa de la OMS tiene en su conjunto una elevada cobertura vacunal. Sin embargo, las tasas a nivel nacional o subnacional son insuficientes para garantizar la inmunidad colectiva* y controlar la propagación de enfermedades prevenibles por vacunación (véase la figura 3).

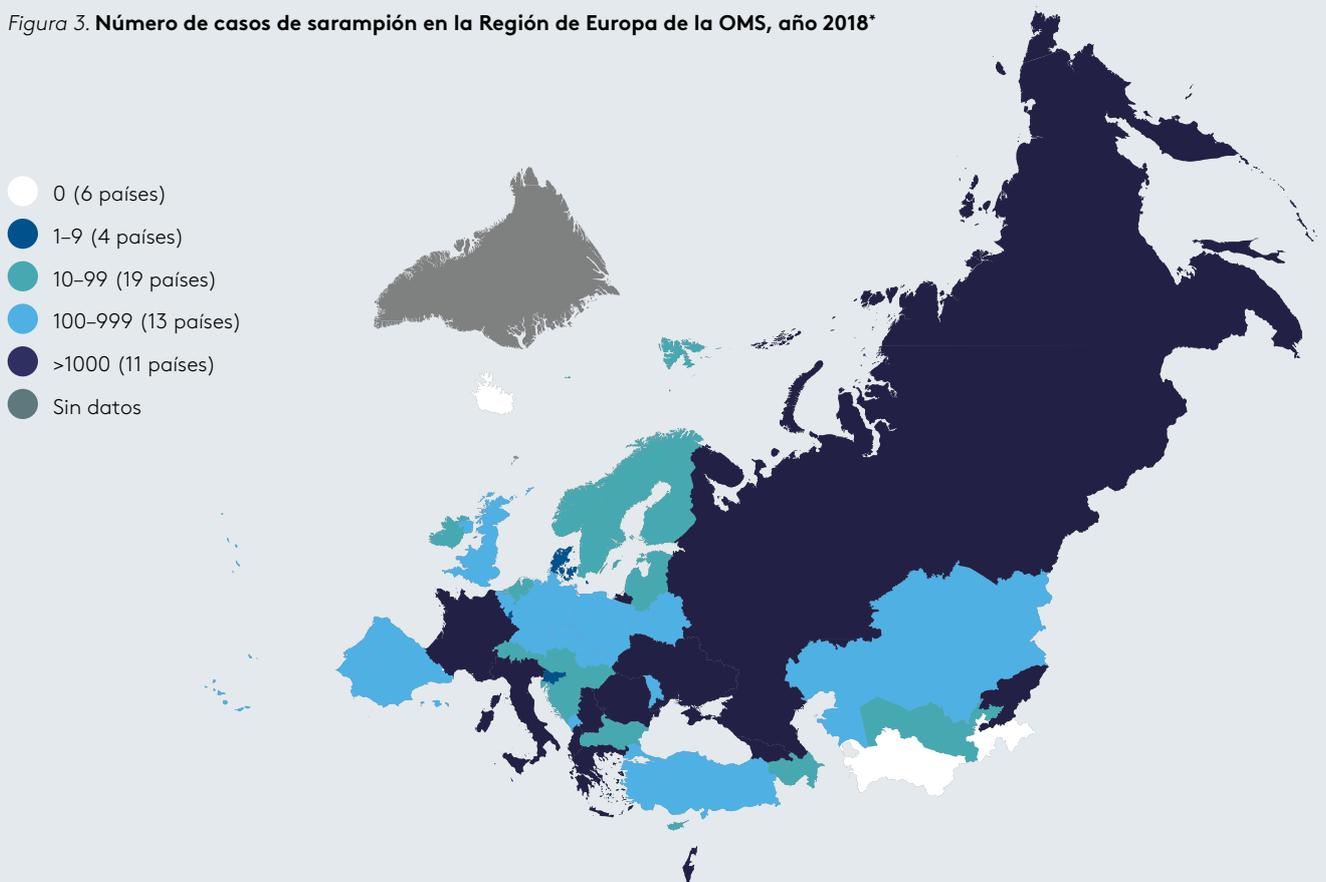
Para que la cobertura vacunal aumente y sea más equitativa, hacen falta soluciones que contemplen las necesidades de las personas y comunidades con cobertura baja. Puesto que los motivos de una cobertura deficiente son

complejos y específicos de cada contexto, para dar con soluciones eficaces y costo-eficaces es preciso comprender plenamente el problema, así como encontrar soluciones adaptadas y diversificadas (7,8).

Los estudios sobre la perspectiva social y comportamental y la participación de los interesados directos pueden ayudar primero a comprender los problemas, y luego a diseñar soluciones para el programa de inmunización adaptadas a las barreras locales frente a la vacunación.

* Inmunidad colectiva: cuando una proporción suficiente de una población es inmune a la infección, la transmisión se frena o se detiene y, de ese modo, los integrantes de esa población que no son inmunes están protegidos de forma indirecta.

Figura 3. Número de casos de sarampión en la Región de Europa de la OMS, año 2018*



* Fuente de los datos: Datos mensuales consolidados y basados en los casos notificados por los Estados Miembros a la Oficina Regional de la OMS para Europa, ya sea directamente o a través del sistema de vigilancia TESSy del Centro Europeo para la

Prevenición y el Control de las Enfermedades (ECDC). Datos al 28 de marzo del 2019. Exención de responsabilidades: Los límites, nombres y denominaciones empleados en este mapa no implican juicio alguno por parte de la Organización Mundial de la Salud en cuanto a la condición jurídica de ningún país, territorio,

ciudad o zona o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas punteadas y discontinuas representan fronteras aproximadas sobre las cuales es posible que no haya aún pleno acuerdo. © OMS, 2019. Todos los derechos reservados.

Perspectiva social y comportamental para comprender las barreras frente a la vacunación

Lograr que la vacunación sea accesible, aceptable, cómoda y atractiva para las personas requiere comprender tanto los factores comportamentales individuales como los mecanismos contextuales y sociales que respaldan el comportamiento.

Los conocimientos psicológicos ponen de manifiesto que, a menudo de forma inconsciente, las personas recurren a atajos mentales para procesar la información y tomar decisiones. Estos mecanismos son útiles porque nos permiten tomar decisiones rápidas en el ajetreo de la vida cotidiana. Pero pueden inducir sesgos en el modo en que percibimos el riesgo, tomamos decisiones sobre la vacunación y percibimos la información relacionada con la salud (9). Es preciso comprender estos mecanismos mentales y cómo afectan los comportamientos individuales a la hora de diseñar intervenciones dirigidas a aumentar la cobertura vacunal (véase también el cuadro 5 en la FASE 3).

Aprovechar estos conocimientos, sin embargo, no debe llevar a las autoridades de salud a centrarse exclusivamente en la persona ni a confiar en el aporte de información como único modo de influir en el comportamiento de vacunación. Ello tiende a producir únicamente cambios menores en el comportamiento, si acaso (10). La hipótesis en que se basa dicha práctica es que, si las personas disponen de conocimiento suficiente o reciben mensajes bien concebidos, adoptarán la decisión "correcta". Este enfoque (a menudo denominado "enfoque de déficit cognoscitivo" (11)), da por hecho que el conocimiento da lugar a un cambio de comportamiento.

Esto pasa por alto otros factores importantes que influyen en el comportamiento. La ciencia psicológica ha demostrado que facilitar directamente el comportamiento de vacunación (p. ej., cambiando el encuentro con el profesional de salud) puede tener mayor impacto en los comportamientos de vacunación que tratar de cambiar lo que piensan y sienten las personas acerca de la vacunación (10) (véase también el cuadro 4 en la FASE 3). Algunos factores sistémicos como las políticas,

la prestación de servicios de salud, los costos y la logística, pues, son importantes para los comportamientos de vacunación (10,13,14).

Otros factores contextuales pueden constituir asimismo importantes barreras para la vacunación. La identidad, las normas y el apoyo culturales, comunitarios y sociales, incluidos los de tipo religioso, educativo o filosófico, configuran las actitudes y los comportamientos de vacunación (8,9,10,12).

Por último, los determinantes sociales de la salud (esto es, las circunstancias en las cuales nacen, crecen, viven, aprenden, trabajan y envejecen las personas) afectan también la vacunación. Algunas investigaciones han mostrado que la situación socioeconómica de los progenitores, el número de años de escolarización y el grupo étnico influyen en los comportamientos de vacunación (5). En toda la Región de Europa de la OMS existen grupos marginados de población que no acceden a los servicios de vacunación en el mismo grado que el resto de la población (13). El modo en que se diseñan, funcionan y se financian los sistemas de salud puede ayudar a resolver esta inequidad (5).

El enfoque PIM abarca las perspectivas tanto individuales como sociales, y ofrece un marco

CONVIENE SABER



En el presente documento, **pacientes o cuidadores** hace referencia a la amplia categoría de las personas que se vacunan o cuidan de quienes se vacunan. Por ejemplo:

- personas que se vacunan (adultos, adolescentes o niños)
- cuidadores de las personas que se vacunan (padre o madre, abuelos, cuidadores)
- en ocasiones, la comunidad destinataria de la vacunación.



En el presente documento, **personal de salud** hace referencia a la amplia categoría de las personas con las que se reúnen los pacientes o cuidadores en un establecimiento de salud. Por ejemplo:

- enfermeras, parteras, auxiliares de enfermería;
- pediatras, médicos de familia, médicos especialistas;
- gerentes de consultorio, personal de recepción, otro personal del establecimiento de salud.

conceptual y un método para comprender y describir la amplia gama de factores que determinan la cobertura vacunal.

El encuentro de vacunación

En este marco se propone que el encuentro entre el paciente o cuidador, por un lado, y el profesional de salud, por el otro, es un momento fundamental en la toma de decisiones de vacunación (16,17,18). En consecuencia, se recomienda investigar las barreras que obstaculizan la vacunación y los factores que la facilitan desde la perspectiva tanto de los pacientes o cuidadores como del personal de salud.

Cobertura vacunal equitativa

Los procesos de PIM buscan que la cobertura vacunal sea no solo elevada, sino también equitativa. La búsqueda de equidad en la vacunación es un principio clave del enfoque PIM, dado que se ha descrito que las personas de entornos con menor nivel socioeconómico están desproporcionadamente afectadas por enfermedades prevenibles por vacunación, y la vacunación puede reducir esta desigualdad (4,6). Los beneficios de salud pública de este enfoque van más allá de la vacunación: las políticas de vacunación equitativa generan beneficios sanitarios, sociales, políticos y económicos más amplios, y la vacunación permite mejorar la cobertura de otras intervenciones de salud en beneficio de muchos, incluidos los más vulnerables (5). La vacunación, de hecho, podría tener una marcada repercusión en la reducción de la pobreza (6).

La equidad en la salud implica que toda persona pueda alcanzar su pleno potencial de salud con independencia de su posición social u otras circunstancias determinadas socialmente. En el enfoque PIM, un factor clave para el análisis de la situación es determinar las poblaciones subatendidas y marginadas que son susceptibles de padecer enfermedades prevenibles por vacunación. En la investigación se tiene en cuenta el modo en que los determinantes sociales pueden generar barreras para la vacunación. Al seleccionar los grupos destinatarios y diseñar las intervenciones se toman en consideración las implicaciones para la equidad en la vacunación.

Los procesos de PIM contribuyen también a reforzar los conocimientos básicos de salud en los pacientes o cuidadores. Estos conocimientos básicos se definen como las habilidades cognoscitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de una persona para tener acceso a, comprender y utilizar la información de modo que resulte en la promoción y el mantenimiento de una buena salud (19). Las personas deben estar empoderadas para reclamar su derecho a los servicios de salud ofrecidos y hacer uso de ellos. Deben recibir apoyo para acceder a los servicios y a información clara, adecuada y accesible (20). Los estudios de investigación sobre PIM ayudan a las autoridades de salud a comprender el mejor modo de lograrlo.

Objetivos y estrategias mundiales, regionales y nacionales

Se han establecido unos ambiciosos objetivos mundiales de salud para garantizar el bienestar y una vida saludable para todos y en todas las edades. Muchos de estos objetivos dependen de que las personas adopten los comportamientos de salud recomendados, como la vacunación. Esto significa que los comportamientos de las personas con respecto a la salud no son solo responsabilidad suya; son también responsabilidad de las autoridades. Para alcanzar los objetivos de salud, las autoridades de salud tienen la tarea fundamental de lograr que los comportamientos recomendados resulten posibles, aceptables, cómodos y atractivos para las personas.

El enfoque PIM se sustenta en los principios de los planes y estrategias mundiales, regionales y nacionales. Ejecutar los procesos de PIM significa contribuir a su éxito.

El enfoque PIM se sustenta en los principios de los planes y estrategias mundiales, regionales y nacionales. Ejecutar los procesos de PIM significa contribuir a su éxito.

Objetivos de Desarrollo Sostenible

En el año 2015, todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas refrendaron 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) con 169 metas concretas. En este ambicioso plan de acción determinado por estos ODS se proponía no dejar a nadie atrás y se propugnaba el desarrollo

en tres dimensiones: económica, social y del entorno. Al promover la cobertura vacunal elevada y equitativa, los procesos de PIM contribuyen a alcanzar no menos de 14 de los 17 ODS.*

Programa General de Trabajo de la OMS

Los valores y principios del enfoque PIM son acordes con las prioridades estratégicas del 13.º Programa General de Trabajo (PGT) de la OMS. El PGT pretende alcanzar la cobertura universal de salud y promover poblaciones más saludables. La cobertura universal de salud implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan sin padecer dificultades económicas. La cobertura universal de salud permite a todos acceder a servicios de calidad —incluida la vacunación— que abordan las principales causas de enfermedad y muerte. Al igual que el enfoque PIM, el PGT se basa asimismo en los principios de equidad y en un enfoque centrado en las personas y basado en la evidencia.

Objetivos regionales y nacionales

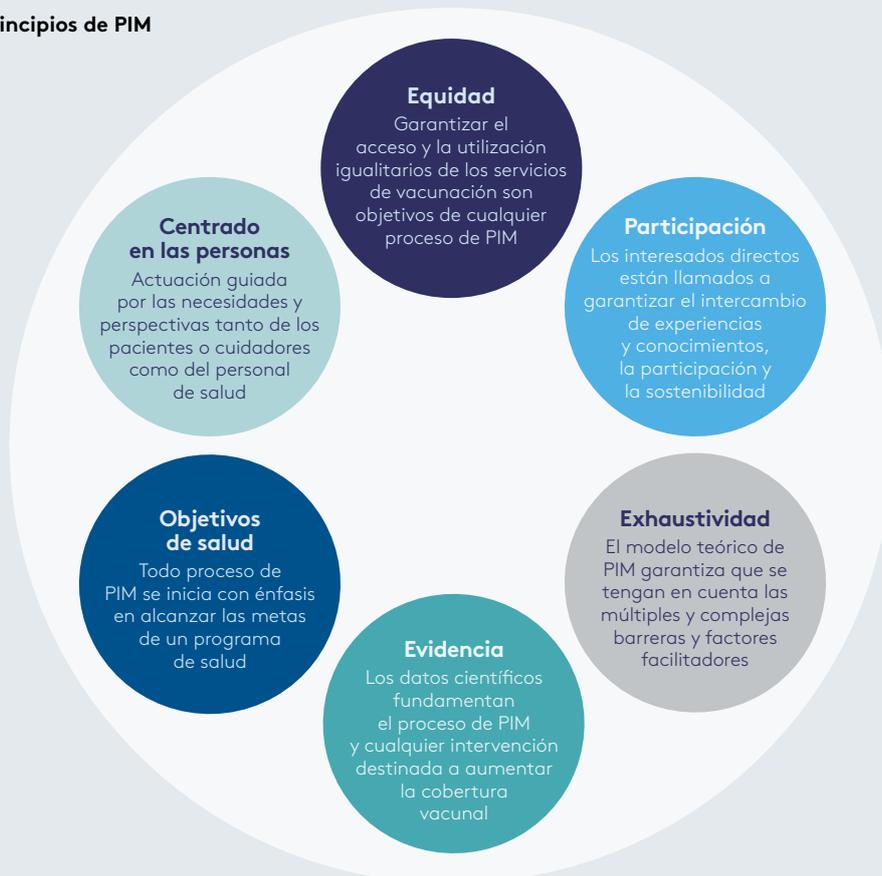
El enfoque PIM se sustenta en el marco de política de salud para la Región de Europa de la OMS (conocido como “salud 2020”), que busca mejorar la salud y el bienestar de todos los ciudadanos en la Región de Europa. Al igual que el enfoque PIM, este marco promueve los enfoques centrados en las personas y basados en la evidencia (tercera área prioritaria).

El plan de acción europeo sobre vacunas establece la ampliación equitativa de los servicios de vacunación y que las personas comprendan y exijan la vacunación como dos objetivos para todos los Estados Miembros de esa región (objetivos 2 y 3).** En este plan de acción se definen las estrategias adaptadas e innovadoras como los medios para alcanzar estos objetivos, y se señala el enfoque PIM como una herramienta para alcanzar las metas de cobertura vacunal (objetivo 4).

* Oficina Regional de la OMS para Europa (2019): www.euro.who.int/SDG. Véase también www.gavi.org/about/ghd/sdg/.

** Resolución EUR/RC64/R5, 64.º sesión del Comité Regional para Europa, septiembre del 2014.

Figura 4. Valores y principios de PIM



Por último, el énfasis del enfoque PIM en los objetivos de salud apunta a que cualquier proceso nacional de PIM esté guiado por las estrategias y planes nacionales, y contribuya a los objetivos nacionales de salud.

Los tres pilares del enfoque PIM

El enfoque PIM consta de tres pilares clave:

- valores y principios;
- marco y modelo teórico;
- proceso con fases y etapas.



Primer pilar de PIM: valores y principios

El enfoque PIM tiene seis valores y principios básicos (figura 4).

Centrado en las personas

La premisa impulsora del enfoque PIM es que para hacer de la vacunación una experiencia posible, aconsejable y positiva para los pacientes o cuidadores, es preciso que las autoridades de salud interactúen con ellos, los escuchen y respondan a sus necesidades, y establezcan en consonancia las políticas, los servicios de vacunación y la comunicación. La comprensión de las perspectivas tanto de los pacientes o cuidadores como del personal de salud guía la inversión y las intervenciones, y permite que los programas de inmunización adapten sus servicios, estrategias e inversiones a las perspectivas y necesidades de aquellos.

Equidad

Garantizar la cobertura vacunal equitativa en todos los grupos de población y el énfasis en los grupos de población subatendidos y marginados son principios centrales del enfoque PIM. La perspectiva de la equidad se considera en cada etapa de un proceso de PIM: análisis de la situación, priorización de grupos destinatarios, investigación y desarrollo de intervenciones. Debido a su enfoque integral, la PIM es particularmente pertinente para el trabajo con comunidades que afrontan retos complejos y multifactoriales; por ejemplo, comunidades con escasez de recursos, oportunidades, conocimientos básicos de salud y acceso a los servicios de salud (véanse también las páginas 7 y 8).

Participación

El conocimiento colectivo de todos los interesados directos —personal de salud, representantes de la comunidad, pacientes o cuidadores, responsables de la toma de decisiones, científicos y otros expertos—, con sus conocimientos y experiencia, fundamenta el proceso de PIM y promueve la implicación y la responsabilidad compartida. Reunir a un grupo de interesados directos que habitualmente no entablan una conversación estructurada en torno a la vacunación puede ser útil y aportar nuevas perspectivas tanto para los participantes como para los organizadores. Pueden lograrse diferentes niveles de participación de los interesados a través de, por ejemplo, la consulta mediante talleres, entrevistas exhaustivas y grupos específicos de trabajo.

Comprender las perspectivas tanto de los pacientes o cuidadores como del personal de salud permite a los programas de inmunización adaptar sus servicios, estrategias e inversiones a las perspectivas y necesidades de aquellos.

Objetivos de salud

Los procesos de PIM están guiados por los objetivos de salud nacionales y mundiales y, al mismo tiempo, ayudan a lograrlos. Alcanzar objetivos ambiciosos de cobertura y equidad de la vacunación requiere determinados comportamientos, tanto por parte de los pacientes o cuidadores como por parte del personal de salud. El enfoque PIM ayuda a las autoridades de salud a establecer cómo permitir, apoyar y motivar tales comportamientos, que las ayudan a alcanzar sus objetivos. El énfasis en el seguimiento y la evaluación ayuda a determinar si se alcanzaron los objetivos.

Evidencia

El enfoque PIM se basa en datos científicos: antropología médica, psicología, sociología, ciencias de la comunicación y ciencias sociales. Todo proceso de PIM implica un análisis de los datos nacionales, regionales y mundiales, así como métodos comprobados de investigación (cualitativos, cuantitativos y mixtos) para

obtener datos y perspectivas específicos del contexto. Las intervenciones cuyo objetivo es aumentar la cobertura vacunal deben guiarse por la evidencia científica y no por suposiciones o seguir haciendo lo mismo de siempre. El seguimiento y evaluación permite determinar en qué medida están teniendo éxito las intervenciones y proceder a su mejora progresiva.

Exhaustividad

Son muchos los factores que pueden afectar los comportamientos de vacunación; por consiguiente, son muchas también las intervenciones posibles. El modelo teórico de PIM ofrece un enfoque integral con un amplio análisis inicial y una focalización progresiva posterior. Un proceso de PIM puede conducir a intervenciones en diferentes niveles destinadas a permitir, apoyar y motivar la vacunación; por ejemplo, en relación con la legislación, la prestación de servicios, el acceso, el comportamiento del personal de salud, el aporte de información, las normas de la comunidad, etc.

Segundo pilar de PIM: modelo y marco teórico

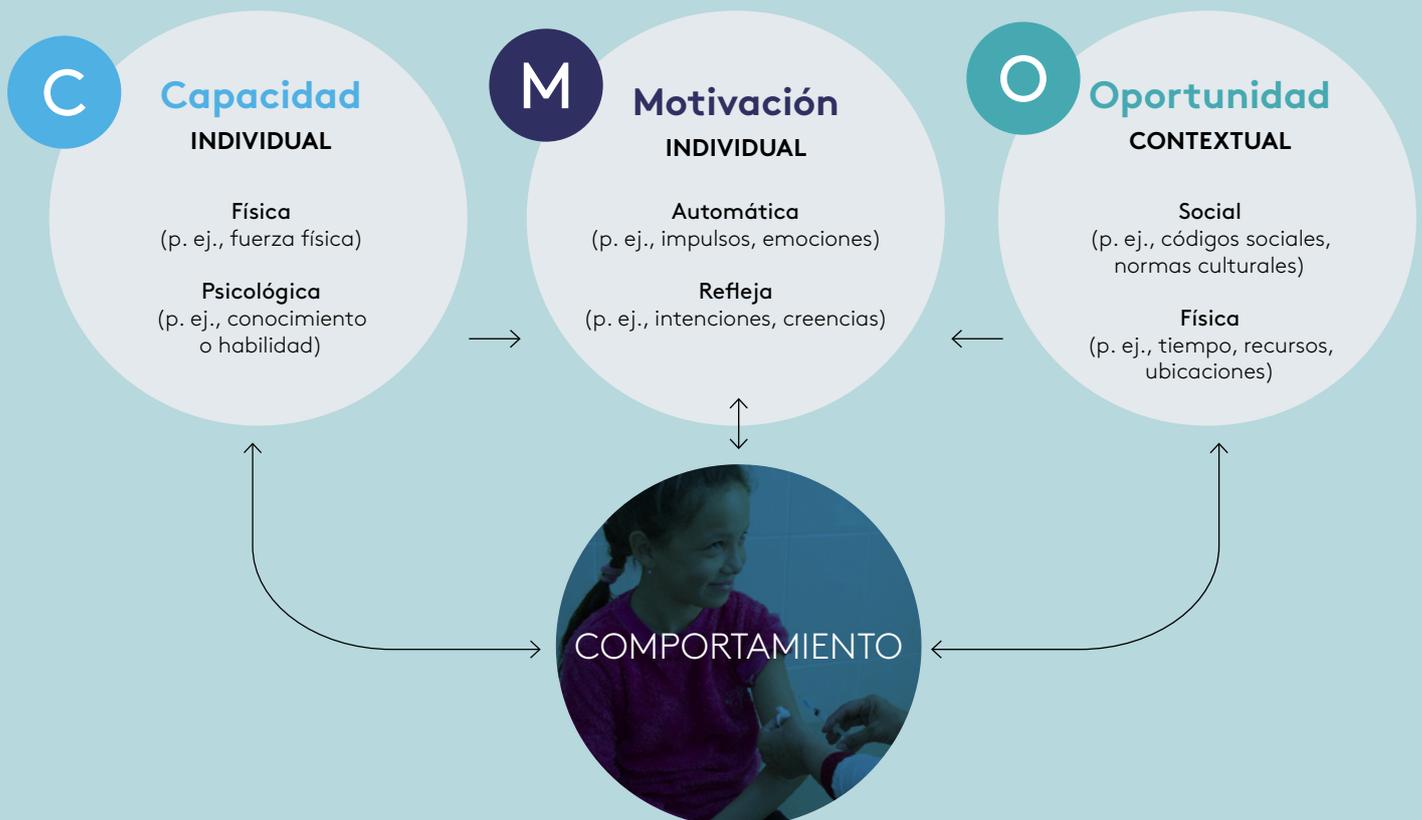
El enfoque PIM se sustenta en los datos científicos aportados por las ciencias conductuales, cuyo fin es definir y comprender qué factores hacen falta para que tenga lugar un comportamiento, y qué factores aumentan (facilitan) o disminuyen (obstaculizan) la probabilidad de que ocurra un comportamiento determinado.

El modelo y marco teórico usado en el enfoque PIM se basa en el modelo COM-C y el marco de la llamada "rueda del cambio de comportamiento" (21), desarrollado por un equipo de investigadores a partir de 19 marcos de cambio del comportamiento.* Este modelo y marco se ha adaptado y simplificado para ajustarlo a la vacunación y los procesos de PIM.

Se eligió el modelo COM-C porque adopta un enfoque integral con énfasis en una amplia gama de cuestiones individuales y contextuales que influyen en los comportamientos relativos a la salud.

* Uno de estos 19 marcos fue el modelo PSI de cambio del comportamiento usado en la guía original de PIM (2013).

Figura 5. Factores del modelo COM-C (21)



El modelo COM-C se desarrolló originalmente para cualquier comportamiento en cualquier entorno, y se ha adaptado en este documento a los comportamientos de vacunación.

En el centro del modelo figuran tres factores generales: capacidad, oportunidad y motivación (COM), que deben existir para que ocurra cualquier comportamiento (C) relativo a la salud. La capacidad y la motivación guardan relación con la persona; la oportunidad, con el contexto. Los distintos elementos del modelo interactúan entre sí: la capacidad y la oportunidad influyen en la motivación; y estos tres factores influyen en el comportamiento. Y viceversa: el comportamiento influye en los tres factores. Cada uno de los tres factores tiene dos subcomponentes (véase la figura 5).

Adaptación del modelo COM-C al enfoque PIM

El modelo COM-C se desarrolló originalmente para cualquier comportamiento en cualquier entorno, y se ha adaptado en este documento a los comportamientos de vacunación. Estos comportamientos pueden ser tanto de los pacientes o cuidadores como del personal de salud.

La pertinencia del modelo COM-C para la vacunación está respaldada por los datos científicos sobre los determinantes del comportamiento de vacunación.

- Las **capacidades** individuales, como conocimientos, habilidades y energía suficiente, pueden ser factores importantes en los comportamientos de vacunación (14,22).
- Muchos estudios han revelado que los factores **motivadores** individuales, como la percepción del riesgo, la confianza, las inquietudes y preocupaciones, influyen en los comportamientos de vacunación (10).
- En cuanto a los factores de **oportunidad**, los datos científicos indican que las normas y procesos sociales configuran los comportamientos de vacunación (10,12), y que los factores físicos como las políticas, los sistemas, los costos y la logística son determinantes importantes para los comportamientos de vacunación (10,14,15).

No obstante, hubo que adaptar en alguna medida el modelo a partir de los resultados

de la puesta a prueba en los países. Las dos subcategorías de motivación (automática y reflexiva) y las dos subcategorías de capacidad (psicológica y física) están estrechamente interrelacionadas en el caso de la vacunación. Según la experiencia, no es fundamental distinguir entre ellas para el análisis y el diseño de las intervenciones, de manera que se decidió no dividir la capacidad y la motivación en subcategorías.

En el caso de la oportunidad, la situación es diferente. Se ha demostrado que la oportunidad física es importante. La vacunación, en mayor medida que otros comportamientos relativos a la salud (como el ejercicio físico, la alimentación saludable y el abandono del consumo de tabaco), depende de la oportunidad física en forma de un servicio de vacunación que funcione y un sistema de salud con la legislación adecuada, suministro de vacunas, personal capacitado y recursos financieros suficientes. La oportunidad social (en forma de normas, valores y apoyo sociales, comunitarios y culturales) es fácilmente distinguible de la oportunidad física y constituye también un factor fundamental para los comportamientos de vacunación.

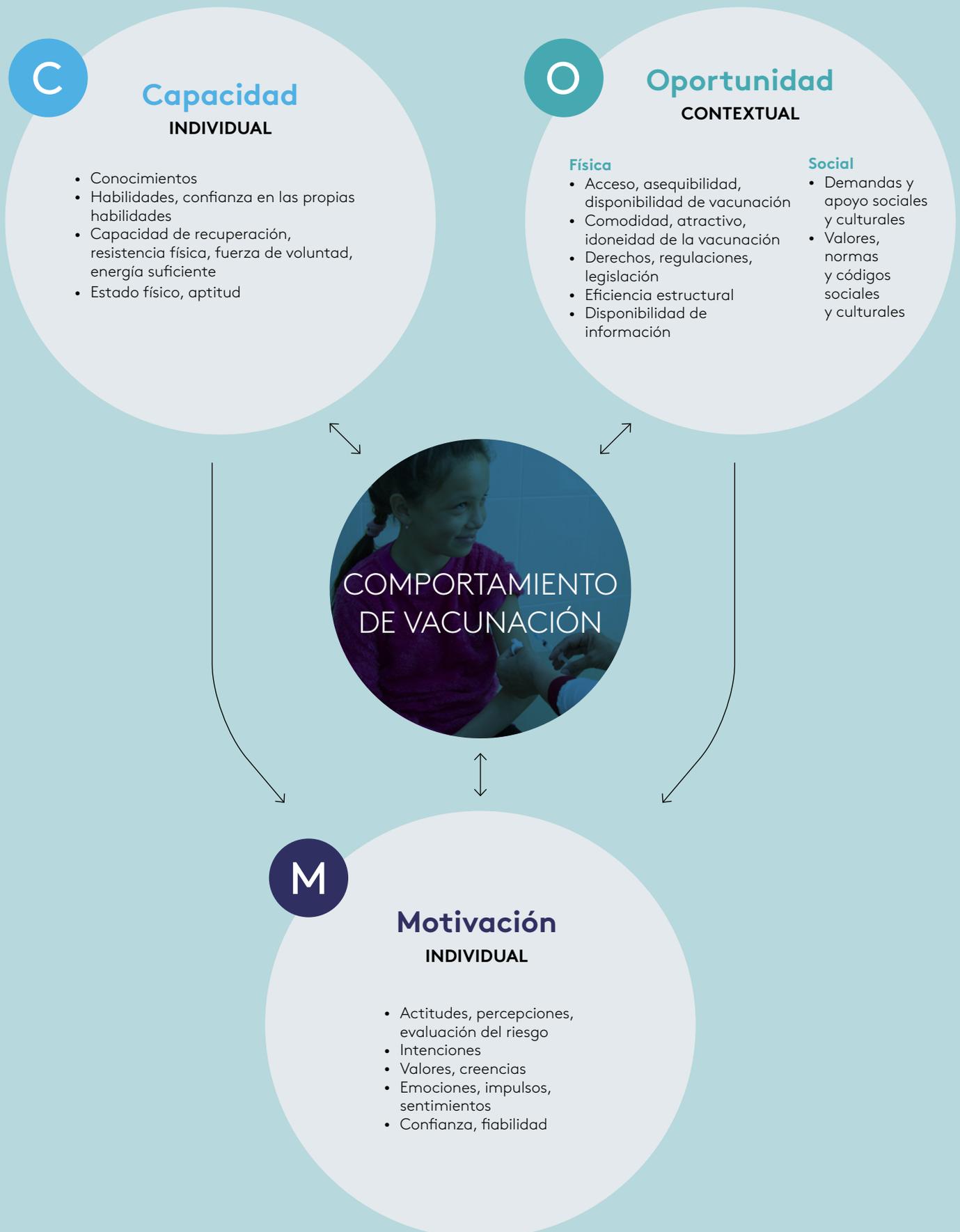
La adaptación del modelo COM-C al enfoque PIM, por consiguiente:

- considera la capacidad como un factor dirigido tanto por mecanismos psicológicos como físicos;
- considera la motivación como un factor dirigido tanto por mecanismos automáticos como reflexivos;
- considera la oportunidad como un factor con dos subcategorías diferenciadas: física y social (figura 6).

En el enfoque PIM, las dimensiones incluidas bajo los tres factores pueden actuar como **factores facilitadores** o como **barreras** para la vacunación.

A partir del modelo teórico específico para la vacunación, en los cuadros 1 y 2 se indican posibles cuestiones para explorar en cada uno de los factores.

Figura 6. Modelo COM-C adaptado a la vacunación



Cuadro 1. Elaboración del modelo teórico: posibles cuestiones en relación con los pacientes o cuidadores*



Capacidad



Posibles cuestiones para explorar en relación con los **pacientes o cuidadores**

Conocimiento	<p>¿Tienen conocimientos prácticos sobre “quién, qué, cuándo, dónde” en relación con la vacunación?</p> <p>¿Saben que la vacunación protege frente a graves enfermedades y cuáles?</p> <p>¿Qué tan bueno es su conocimiento de las diferentes enfermedades prevenibles por vacunación y los riesgos relacionados con ellas?</p> <p>¿Qué tan bueno es su conocimiento de los riesgos y beneficios de las vacunas?</p> <p>¿Saben que pueden ser necesarias varias dosis para obtener protección?</p> <p>¿Conocen la inmunidad colectiva?</p> <p>¿Son conscientes de posibles brotes actuales o de la prevalencia de las enfermedades prevenibles por vacunación?</p> <p>¿Están mal informados sobre las vacunas y su inocuidad?</p> <p>¿Qué conocimiento tienen de las contraindicaciones? ¿Alguna idea errónea?</p>
Habilidades y confianza en las propias habilidades	<p>¿Entienden el idioma en el que se ofrece la información? (alfabetismo)</p> <p>¿Entienden el riesgo expresado en números, porcentajes o probabilidades? (noción elementales de aritmética)</p> <p>¿Son capaces de planificar la vacunación?</p> <p>¿Confían en su propia capacidad para planificar y acudir a las citas de vacunación?</p>
Capacidad de recuperación, resistencia física, fuerza de voluntad, energía suficiente	<p>¿Tienen la resistencia física y la fuerza de voluntad necesarias para cumplir las intenciones y planes de vacunación?</p> <p>¿Disponen de energía suficiente para vacunarse, p. ej., en caso de afrontar pobreza, una crisis vital o dificultades?</p>
Estado físico y aptitud	<p>¿Tienen alguna contraindicación para la vacunación?</p> <p>¿Son físicamente capaces de pedir una cita y acudir a la vacunación?</p>

Nota: Las barreras en relación con el acceso físico a los servicios de salud (p. ej., falta de oportunidades de transporte, apoyo social o acceso para usuarios de sillas de ruedas) suelen considerarse barreras de oportunidad.

* En el cuadro se indican posibles cuestiones para explorar; no se trata de una guía de entrevista. Puede usarse como inspiración para la elaboración de protocolos de investigación y guías de entrevista.

Cuadro (continuación) →



Oportunidad FÍSICA

Posibles cuestiones
para explorar en relación con los
pacientes o cuidadores

Acceso, asequibilidad y disponibilidad de servicios de vacunación	<p>En su experiencia, ¿qué tan fácil y seguro es viajar a la ubicación del servicio?</p> <p>¿Cuál es su experiencia con los costos directos e indirectos de la vacunación?</p> <p>¿Están disponibles las vacunas? ¿Han experimentado escasez de alguna vacuna?</p> <p>¿Sospechan que podrían llegar a encontrarse con que no estén la vacuna o el personal de salud necesarios?</p>
Comodidad, atractivo e idoneidad de los servicios de vacunación	<p>¿Qué opinan del horario de los servicios de vacunación? (días y horas de atención)</p> <p>¿Hay responsabilidades que compitan durante las horas de atención del servicio?</p> <p>¿Qué piensan de la comodidad del servicio (p. ej., tiempo de espera, facilidad para obtener una cita)?</p> <p>¿Cómo de cómodos son los establecimientos de salud (p. ej., zonas de espera, adaptación a los niños, zona de lactancia, etc.)?</p> <p>¿Son cómodos los tiempos de espera y el horario del servicio?</p> <p>¿Cómo perciben a los vacunadores y el resto del personal en los establecimientos de salud: competentes, cordiales, respetuosos?</p> <p>Los servicios de vacunación, ¿se prestan de manera (culturalmente) adecuada?</p>
Derechos, regulaciones y legislación	<p>Los servicios de vacunación, ¿se prestan sin discriminación?</p> <p>¿Qué derechos y responsabilidades o requisitos tienen de conformidad con las leyes nacionales? ¿Está la vacunación garantizada mediante leyes, reglas, regulaciones y estructuras adecuadas y eficaces?</p> <p>¿Es obligatoria la vacunación?</p> <p>¿Tienen acceso gratuito e igualitario a la vacunación? ¿Qué se necesita (p. ej., tarjeta de identidad, tarjeta de vacunación, domicilio en un área aprobada)? ¿Todo el mundo tiene acceso a ello?</p> <p>¿Tienen que firmar un formulario de consentimiento? ¿Se sienten cómodos con eso?</p>
Eficiencia estructural	<p>¿Existe un sistema eficaz para supervisar a los niños no vacunados o vacunados de forma insuficiente?</p> <p>¿Existen sistemas eficaces de citación y recordatorio? ¿Están funcionando de manera adecuada?</p> <p>Los vacunadores y el resto del personal de salud, ¿reciben capacitación adecuada? (p. ej., en relación con la inocuidad de la vacuna, contraindicaciones, comunicación eficaz con los pacientes o cuidadores)?</p>
Disponibilidad de información	<p>¿Existe información oficial o fidedigna sobre vacunación al alcance de todos? ¿Dónde?</p> <p>La información oficial sobre vacunación, ¿está adaptada a los diferentes destinatarios (p. ej., prensa, población general, personal de salud)?</p> <p>¿Se ha ensayado la comprensibilidad y facilidad de uso de la información oficial sobre vacunación?</p> <p>El personal de salud, ¿explica a los pacientes o usuarios claramente lo que deben saber en un lenguaje que puedan comprender?</p>

Continúa en la página siguiente →

Cuadro (continuación) —>



Oportunidad SOCIAL



Posibles cuestiones
para explorar en relación con los
pacientes o cuidadores

Demandas y apoyo sociales y culturales

¿Pertenecen o están afiliados a algún grupo o comunidad (religiosos, de Internet, filosóficos) que recomienden o rechacen activamente la vacunación?
Sus líderes comunitarios (religiosos, políticos, sociales), ¿recomiendan o rechazan la vacunación?
Los vacunadores y el resto del personal de salud, ¿promueven la vacunación y prestan el debido y adecuado apoyo a la vacunación?
Sus compañeros y familiares, ¿tienen expectativas de que se vacunen y recomiendan o rechazan activamente la vacunación?
¿Cuáles son las consecuencias sociales y las reacciones a la vacunación o no vacunación?
¿Es su comunidad respetada por parte del personal de salud y el sistema de salud?

Códigos, normas y valores sociales y culturales

¿Es la vacunación una norma social y una expectativa en su comunidad?
¿Aceptan sus semejantes la no vacunación? ¿Y la vacunación?
¿Se vacunan sus semejantes? ¿Creen que sus semejantes se vacunan?
¿Es la vacunación un tema de debate en su comunidad?

Continúa en la página siguiente —>



Cuadro (continuación) —>



Motivación



Posibles cuestiones
para explorar en relación con los
pacientes o cuidadores

Actitudes, percepciones y evaluación de riesgos

- ¿Creen que tienen riesgo de contraer alguna enfermedad prevenible por vacunación?
- ¿Consideran que las enfermedades prevenibles por vacunación son graves o potencialmente mortales?
- ¿Qué opinan del uso de incentivos económicos o sistemas de pago para el personal de salud?
- ¿Cómo perciben la eficacia de las vacunas?
- ¿Cómo perciben la enfermedad y la salud, un modo de vida saludable, el cuerpo y el alma, y cómo se ajusta la vacunación a todo ello?

Intenciones

- ¿Han tomado la decisión (intención) de vacunarse plenamente según el calendario recomendado?
- ¿Tienen intención de vacunarse plenamente o solo con algunas vacunas seleccionadas?
- ¿Tienen intención de vacunarse con puntualidad o con retraso?

Valores y creencias

- ¿Representan la vacunación o la no vacunación un valor positivo para ellos? Por ejemplo, ¿es importante para ser un buen cuidador?
- ¿Sus actitudes y valores acerca de las enfermedades y la prevención concuerdan con la vacunación?
- ¿La medicina alternativa concuerda con sus valores y visión del mundo?
- ¿Qué creencias (p. ej., religiosas o relacionadas con el modo de vida) influyen en sus intenciones y comportamientos de vacunación?

Emociones, impulsos y sentimientos

- ¿Qué emociones o impulsos influyen en sus sentimientos y evaluación del riesgo (de vacunación, de enfermedad)? ¿En qué medida afecta ello a sus decisiones y comportamientos de vacunación?
- ¿Qué emociones influyen en sus decisiones y comportamientos de vacunación?
- ¿Tienen miedo o están preocupados por los efectos adversos de la vacuna?
- ¿Tienen miedo o están preocupados por las enfermedades prevenibles por vacunación?
- ¿Tienen miedo o están preocupados por la combinación de vacunas o múltiples inyecciones en una misma consulta?
- ¿Consideran que la vacunación (planificación, ejecución) es estresante, engorrosa o sencilla?

Confianza y fiabilidad

- ¿Confían en el personal de salud?
- ¿Confían en las autoridades de salud?
- ¿Confían en los mecanismos existentes de garantía de la calidad para las vacunas?
- ¿Confían en la ciencia, los científicos y la medicina científica?

Cuadro 2. Elaboración del modelo teórico: posibles cuestiones en relación con el personal de salud*



Capacidad



Posibles cuestiones para explorar en relación con el personal de salud

Conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> ¿Tienen el conocimiento y los estudios necesarios acerca de las vacunas (p. ej., inocuidad de las vacunas, contraindicaciones, eficacia teórica y práctica de las vacunas, eventos adversos de la vacunación)? ¿Tienen el conocimiento necesario de las enfermedades prevenibles por vacunación y sus riesgos? ¿Tienen el conocimiento que les permitirá llegar a grupos vulnerables o determinadas minorías? ¿Saben cómo adaptar su comunicación a las distintas posturas de los cuidadores con respecto a la vacunación (p. ej., aceptación, reticencia, rechazo)? ¿Conocen los protocolos, directrices, regulaciones y legislación nacional sobre vacunación? ¿Comprenden bien las complejas razones por las que algunas personas o comunidades no se vacunan? ¿Tienen conocimientos y comprensión adecuados de la cobertura vacunal?
Habilidades y confianza en las propias habilidades	<ul style="list-style-type: none"> ¿Tienen las habilidades para conversar y trabajar con grupos vulnerables? ¿Tienen las habilidades para comunicarse con los pacientes o cuidadores en relación con la vacunación? ¿Confían en sus propias habilidades para adaptar la comunicación a la persona que tienen enfrente? ¿Tienen las habilidades para gestionar los eventos adversos tras la vacunación? ¿Conocen las medidas para aliviar el dolor? ¿Confían en sus propios conocimientos y habilidades en relación con la vacunación, las vacunas y las enfermedades prevenibles por vacunación (p. ej., inocuidad de las vacunas, contraindicaciones, eventos adversos tras la vacunación)?
Capacidad de recuperación, resistencia física, fuerza de voluntad, energía suficiente	<ul style="list-style-type: none"> ¿Tienen capacidad de recuperación para trabajar en condiciones difíciles? ¿Tienen capacidad de recuperación para seguir tratando con grupos de pacientes o cuidadores que consideran difíciles (p. ej., pacientes o cuidadores que rechazan la vacunación o determinadas minorías)?
Estado físico y aptitud	<ul style="list-style-type: none"> ¿Están en forma suficiente para trabajar en las condiciones que se les ofrecen? ¿Tienen las habilidades físicas necesarias para administrar correctamente la vacuna?

* En el cuadro se indican posibles cuestiones para explorar; no se trata de una guía de entrevista. Puede usarse como inspiración para la elaboración de protocolos de investigación y guías de entrevista.

Cuadro (continuación) →



Oportunidad FÍSICA



Posibles cuestiones para explorar
en relación con el
personal de salud

Comodidad, atractivo e idoneidad de la vacunación	<p>¿Tienen prioridades que compiten o estrés durante la jornada laboral?</p> <p>¿Son adecuados su horario de trabajo y el horario de apertura del consultorio?</p> <p>En su opinión, ¿son adecuadas sus condiciones laborales generales?</p> <p>¿Consideran justa su remuneración y adecuada la descripción de su puesto? ¿Realizan vacunación de extensión (fuera del establecimiento de salud)? ¿Cómo y dónde? ¿Son suficientes el tiempo y los recursos para ello?</p> <p>¿Hay suficiente personal de salud para satisfacer las necesidades del establecimiento de salud en el que trabajan?</p> <p>¿Es adecuado el entorno físico y facilita su trabajo (conversar con las personas, prestar asesoramiento, vacunar)?</p> <p>¿Tienen tiempo suficiente para vacunar a los pacientes y conversar con ellos?</p>
Derechos, regulaciones y legislación	<p>¿En qué medida son responsables de garantizar el cumplimiento de las regulaciones y leyes de vacunación?</p> <p>¿Es obligatoria la vacunación del personal de salud, y se sienten cómodos con ello?</p> <p>¿Tienen experiencia en la introducción de nuevas obligaciones o regulaciones con respecto a la vacunación para el personal de salud?</p>
Eficiencia estructural	<p>¿Existen sistemas confiables para vigilar la vacunación y detectar pacientes que se han saltado alguna vacuna ("vacunaciones perdidas")?</p> <p>¿Es sostenible y suficiente el suministro de vacunas?</p> <p>¿Existen sistemas confiables para volver a citar o enviar un recordatorio a los cuidadores en caso de saltarse alguna vacuna?</p> <p>¿Existen sistemas confiables para registrar el consentimiento o rechazo de las vacunas?</p>
Disponibilidad de información	<p>¿Disponen de información oficial o fidedigna acerca de la vacunación?</p> <p>La información oficial sobre vacunación, ¿está adaptada a los diferentes destinatarios? (p. ej., prensa, población general, personal de salud)?</p> <p>Los materiales de información para el personal de salud, ¿se han ensayado antes de usarlos?</p> <p>¿Consideran que reciben la información sobre vacunación en un formato y un lenguaje adecuado a sus necesidades?</p>



¿Se siente el personal de salud apoyado por sus pacientes?
 ¿Se siente apoyado por la comunidad local?
 ¿Se siente apoyado por sus colegas y hay mecanismos de apoyo mutuo entre el personal? ¿Se siente apoyado por el gobierno local y nacional y las autoridades de salud?

Cuadro (continuación) —>



Oportunidad SOCIAL



Posibles cuestiones para explorar
 en relación con el
personal de salud

Demandas y apoyo sociales, culturales y profesionales

¿A qué exigencias se enfrentan por parte de los pacientes o cuidadores?
 ¿Qué opinan de las exigencias que afrontan en relación con la vacunación?
 ¿Se sienten apoyados por parte de la gerencia?
 ¿Se benefician de una supervisión de apoyo?
 ¿Se sienten apoyados por sus pacientes?
 ¿Se sienten apoyados por la comunidad local?
 ¿Se sienten apoyados por sus colegas y hay mecanismos de apoyo mutuo entre el personal?
 ¿Se sienten apoyados por el gobierno local y nacional y las autoridades de salud?
 ¿Se sienten seguros de estar protegidos por el sistema si algo saliera mal en relación con la vacunación?

Códigos, normas y valores sociales y culturales

¿Sus colegas y gerentes promueven activamente la vacunación?
 ¿Pertencen o están afiliados a algún grupo o comunidad que recomienden o rechacen activamente la vacunación?
 ¿Cuáles son las consecuencias sociales y las reacciones a la vacunación o no vacunación?
 ¿Se ven afectados por la cobertura de los medios de comunicación y redes sociales en relación con la vacunación?
 ¿Quiénes son sus modelos a imitar, a quiénes respetan y en quiénes confían en lo tocante a la vacunación?

Continúa en la página siguiente —>

Cuadro (continuación) →



Motivación



Posibles cuestiones para explorar en relación con el personal de salud

Actitudes, percepciones y evaluación del riesgo

- ¿Creen que corresponde a los pacientes o cuidadores decidir sobre la vacunación de sus propios hijos o que la decisión corresponde a las autoridades de salud?
- ¿Cómo contemplan su propia función en cuanto a prestar asesoramiento o convencer a sus pacientes de que se vacunen?
- ¿Qué opinan sobre la inmunidad colectiva y la responsabilidad individual de proteger a la comunidad?
- ¿Cómo perciben a las comunidades y a las personas que atienden (p. ej., determinadas minorías)?
- ¿Qué opinan sobre el riesgo de enfermedad y el riesgo de eventos adversos tras la vacunación?

Nota: Las percepciones relacionadas con la efectividad y la inocuidad de las vacunas se consideran en general un factor de capacidad (relacionado con los conocimientos) para el personal de salud.

Intenciones

- ¿Tienen intención de vacunar a toda la población infantil de conformidad con el calendario de vacunación?

Valores y creencias

- ¿Representan la vacunación o la no vacunación un valor positivo para ellos? Por ejemplo, ¿es importante para ser un profesional de salud?
- ¿Sus actitudes y valores acerca de las enfermedades y la prevención concuerdan con la vacunación?
- ¿La medicina alternativa concuerda con sus valores y visión del mundo?
- ¿Qué creencias (p. ej., religiosas o relacionadas con el modo de vida) influyen en sus intenciones y comportamientos de vacunación?
- ¿Cómo perciben la enfermedad y la salud, un modo de vida saludable, el cuerpo y el alma, y cómo se ajusta la vacunación a todo ello?
- ¿Es un criterio de éxito para ellos lograr tasas altas de vacunación en su establecimiento de salud?

Emociones, impulsos y sentimientos

- ¿Qué emociones influyen en sus decisiones y comportamientos de vacunación?
- ¿Consideran que las sesiones de vacunación son estresantes, engorrosas o sencillas?
- ¿Cuál es su motivación para el trabajo y para vacunar a los pacientes?
- ¿Se sienten orgullosos de su trabajo?
- ¿Tienen miedo de las consecuencias si algo sale mal, y afecta ello en algo su trabajo?
- ¿Cuáles son sus pensamientos y sentimientos en relación con los eventos adversos tras la vacunación?
- ¿Tienen miedo de que los culpen por eventos adversos reales o percibidos tras la vacunación?

Confianza y fiabilidad

- ¿Confían en la gerencia?
- ¿Confían en las autoridades de salud?
- ¿Confían en los mecanismos establecidos de garantía de la calidad para las vacunas?
- ¿Confían en la ciencia, los científicos y la medicina científica?

Vía para desarrollar una intervención

Las experiencias tempranas con el enfoque PIM pusieron de manifiesto que no siempre es fácil pasar de los resultados de la investigación al diseño de intervenciones (1). Hacía falta un marco para ayudar a los ejecutores de PIM a pasar de una etapa a la siguiente aprovechando lógicamente los resultados de las etapas anteriores.

El marco para el modelo COM-C (la "rueda de cambio de comportamientos" (21)) ofrece

dicha vía. En ella, en cada etapa de un proceso (exploración > comprensión > desarrollo de una intervención) se aprovecha de forma lógica la etapa precedente. Para ayudar en este proceso, se ofrece un conjunto de ejercicios.

Este marco y los ejercicios se han adaptado al enfoque PIM. La vía de PIM se muestra en la figura 7. Los ejercicios adaptados se presentan en el capítulo 2 como parte de la orientación gradual de PIM.

Figura 7. Vía de PIM para desarrollar una intervención*



* Adaptado de Michie, et al. (2014): The Behaviour Change Wheel (21).

III Tercer pilar de PIM: proceso con fases y etapas

En este documento se propone un enfoque gradual para los procesos de PIM (véase la figura 8). Cada fase incluye varias etapas.

Es importante señalar que **las etapas no están numeradas**, pues no siempre pueden llevarse a cabo en el mismo orden y no es posible separarlas claramente. El proceso es iterativo, y a menudo los

ejecutores de PIM pueden ir hacia atrás o adelante entre las etapas de una misma fase antes de pasar a la fase siguiente.

Las fases y etapas se describen con detalle en el capítulo 2. Esa descripción incluye:

- ejemplos y recuadros de inspiración,
- ejercicios para las reuniones del grupo central de PIM y los talleres con los interesados directos (páginas coloreadas),
- referencias a otros recursos útiles.

Figura 8. Proceso de PIM



En este documento se propone un enfoque gradual para los procesos de PIM. Cada fase incluye varias etapas. Las fases y etapas se describen con detalle en el siguiente capítulo. La descripción incluye ejemplos e ideas inspiradoras, ejercicios para las reuniones del grupo central de PIM y los talleres con los interesados directos, así como referencias a más recursos y orientación.

PIM: Programas de
inmunización a medida

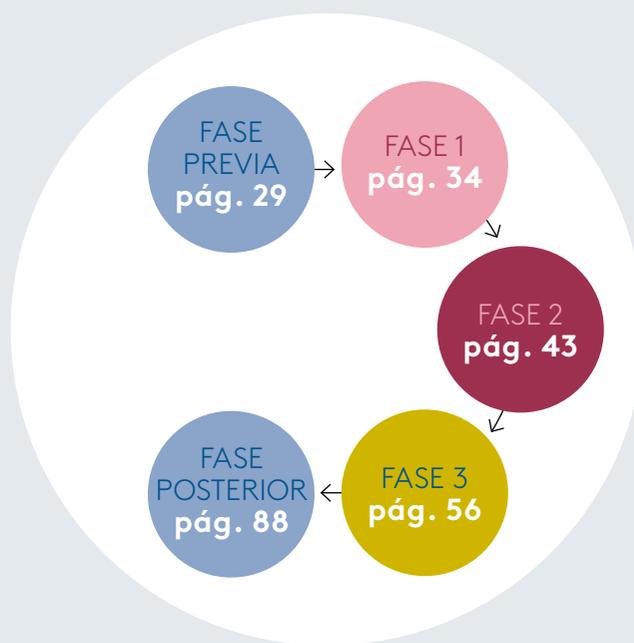
CAPÍTULO 2

Proceso



CAPÍTULO 2

Proceso



Panorámica de las fases y etapas de PIM	28	FASE 2: INVESTIGACIÓN	43
FASE PREVIA: PLANIFICACIÓN	29	Planificación de la FASE 2	43
Recursos necesarios	30	Etapas: Priorización de grupos destinatarios	44
Tiempo necesario para un proceso de PIM	30	Objetivos	44
Proceso rápido de PIM	30	Métodos de trabajo	44
Organización	31	Resultado	44
Interesados directos	31	Etapas: Planificación de la investigación	46
Presupuesto	32	Objetivos	46
El informe de progreso como herramienta	33	Métodos de trabajo	46
		Resultados	46
FASE 1: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN	34	Etapas: Realización de la investigación	52
Planificación de la FASE 1	34	Objetivo	52
Etapas: Revisión de los datos	35	Métodos de trabajo	52
y estudios existentes	35	Resultados	52
Objetivo	35	Etapas: Resumen de los resultados de	52
Métodos de trabajo	35	investigación para decidir el enfoque	52
Resultados	35	Objetivos	52
Etapas: Participación de interesados directos	40	Métodos de trabajo	52
Objetivos	40	Resultados	53
Métodos de trabajo	40		
Resultados	40		

FASE 3: DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN 56

Planificación de la FASE 3	56
Etapa: Traducción de los resultados de las FASES 1 y 2 en una intervención	58
Objetivo	58
Métodos de trabajo	58
Resultados	58
Etapa: Participación de interesados directos y promoción de la intervención	79
Objetivos	79
Métodos de trabajo	79
Resultados	79
Etapa: Diseño y planificación detallada de la intervención	79
Objetivos	79
Métodos de trabajo	79
Resultados	79
Etapa: Elaboración del marco de seguimiento y evaluación	81
Objetivo	81
Métodos de trabajo	81
Resultados	82

FASE POSTERIOR: EJECUCIÓN 88

Planificación de la fase POSTERIOR	88
Etapa: Ejecución	89
Objetivo	89
Métodos de trabajo	89
Resultados	89
Etapa: Seguimiento	89
Objetivos	89
Métodos de trabajo	89
Resultados	89
Etapa: Evaluación	89
Objetivo	89
Métodos de trabajo	89
Resultado	89
Etapa: Ajuste	90
Objetivo	90
Métodos de trabajo	90
Resultados	90
Etapa: Ampliación	90
Objetivo	90
Métodos de trabajo	90
Resultado	90

Panorámica de las FASES y etapas de PIM





FASE PREVIA Planificación

ETAPA

Plan

Resultado: acuerdo sobre cronograma, presupuesto, funciones y responsabilidades

Objetivos

- Confirmar si es el enfoque correcto y el momento oportuno, y si están disponibles los recursos y el tiempo necesarios para un proceso de PIM.
- Alcanzar un acuerdo preliminar sobre el cronograma, el presupuesto, las funciones y las responsabilidades para las FASES 1, 2 y 3.

Métodos empleados

- Reuniones y debate interno.
- Documentación del proceso: inicio del informe de progreso.

Recursos necesarios

Para que un proceso de PIM tenga éxito, los ejecutores deben asegurarse de que haya:

- voluntad y respaldo políticos o de gestión;
- financiamiento disponible para los eventos con interesados directos y los estudios de investigación;
- financiamiento disponible para ejecutar las intervenciones (o bien posibilidad de movilizar recursos para las intervenciones); y
- personas competentes y dedicadas para impulsar y llevar a cabo el proceso.

Hace falta una fase de preparación para debatir y acordar si PIM es el enfoque correcto, si el momento es adecuado y si existen los recursos humanos y económicos necesarios.

Tiempo necesario para un proceso de PIM

El tiempo necesario dependerá de las personas disponibles. Las tres FASES de PIM pueden llevar hasta un año (o incluso más) si las personas

implicadas deben hacer el trabajo asignado además de sus otras tareas. Con recursos humanos en dedicación exclusiva, el proceso puede ser más corto. La FASE 2 (Investigación) suele ser la fase más lenta.

La fase POSTERIOR (Ejecución, evaluación, ajuste y ampliación de las actividades) puede durar años, según el tipo de actividades.

Proceso rápido de PIM

Con recursos humanos en dedicación exclusiva, puede llevarse a cabo un proceso rápido de PIM en el plazo de un mes. Cada fase puede completarse en una semana si se dan las siguientes condiciones:

- para la FASE 1: al menos dos personas trabajando a tiempo completo y datos disponibles;
- para la FASE 2: al menos dos personas trabajando a tiempo completo y estudios de investigación planificados con antelación u organizados en muy corto plazo, o bien

Figura 9. Enfoque sugerido para solicitar la participación de interesados directos





- estudios de investigación ya completados; y
- para la FASE 3: al menos dos personas trabajando a tiempo completo.

Organización

Por lo general, el proceso de PIM lo organiza un grupo central de PIM que solicita la participación de otros interesados directos en las diferentes etapas del proceso (véase la figura 9). Debe nombrarse un coordinador del proyecto encargado de coordinar todo el proceso.

Interesados directos

En la figura 9 se presenta un método sugerido para la participación de los principales interesados directos. El tipo de interesados pertinentes y cómo solicitar mejor su participación dependerán del contexto. Algunos participarán activamente en el grupo central de PIM; a otros se les consultará únicamente a través de talleres o entrevistas. En el recuadro de inspiración 1 se aportan algunas ideas sobre a qué interesados directos consultar y hacer participar.

Recuadro de inspiración 1.



SUGERENCIAS SOBRE LOS INTERESADOS DIRECTOS QUE SE DEBEN CONSULTAR Y HACER PARTICIPAR

Se consideran interesados pertinentes quienes posean **conocimientos y experiencia** en los siguientes campos:

Ámbito de especialización	Posibles interesados directos
Vacunación	Expertos Investigadores Personalidades influyentes
Programa nacional de inmunización	Ministerio de Salud Autoridades de salud del distrito Instituciones o institutos nacionales de salud
Prestación de servicios de vacunación	Personal de salud Facultades de medicina Asociaciones profesionales
Comunidad destinataria	Representantes y líderes de la comunidad Organizaciones locales (p. ej., instituciones benéficas y otras organizaciones no gubernamentales) Instituciones locales Personal de salud local Expertos con conocimiento específico de la comunidad
Métodos y enfoques de investigación	Investigadores Institutos de investigación privados o universitarios Personal del Ministerio de Salud o unidad de promoción de la salud
Otros interesados directos de áreas potencialmente pertinentes	Ministerios de educación, pobreza, infancia o asuntos sociales Organismos nacionales e internacionales

Presupuesto

El costo de un proceso de PIM dependerá del contexto. A la hora de evaluar si se dispone de los recursos económicos necesarios, el grupo central de PIM debe tener en cuenta:

- el proceso de PIM propiamente dicho;
- la ejecución futura y permanente de una intervención.

Los mecanismos de financiamiento para una intervención, con su evaluación y ampliación a mayor escala, pueden incluir:

- aumento del presupuesto mediante negociaciones presupuestarias;
- mantenimiento del presupuesto, pero con reasignación (p. ej., cambio en la prestación de servicios);
- financiamiento conjunto con otros ministerios;
- recursos de donantes externos.

En el recuadro de inspiración 2 se ofrece un panorama de las partidas presupuestarias que pueden usarse para planificar un proceso de PIM.

Recuadro de inspiración 2.



COSTOS RELACIONADOS CON UN PROCESO DE PIM

El presupuesto para un proceso de PIM puede incluir las siguientes partidas:

Partida	Costos
Honorarios del grupo central de PIM	Si se considera adecuado o necesario: honorarios para 3 a 5 personas durante un año o más
Reuniones del grupo central de PIM (5-10 reuniones con 3-6 personas)	Local, comidas Transporte Traducción Impresión de documentos
Talleres con los interesados directos (2-3 talleres con 10-30 personas)	Local, comidas Transporte Traducción Impresión de documentos
Investigación (uno o más estudios)	Honorarios del investigador (empresa de investigación) y del analista de datos Costos relacionados con la ejecución de los estudios; p. ej.: <ul style="list-style-type: none"> • grupos de opinión o entrevistas: local, comidas, transporte, transcripción, traducción, honorarios de los participantes • estudio con cuestionario: impresión, distribución, recopilación • impresión, traducción y distribución de informes • y más, según el alcance y el tipo de estudio de investigación
Promoción	Impresión, distribución de materiales Difusión de resultados Tasas de acceso abierto para la publicación en revistas
Ejecución de la intervención: actividades, evaluación y ampliación	Costos relacionados con actividades como: <ul style="list-style-type: none"> • cambios en los servicios de salud • desarrollo de nuevos programas de capacitación • desarrollo, producción y distribución de materiales • formación del personal de salud • y mucho más costos relacionados con la evaluación y la ampliación a mayor escala



El informe de progreso como herramienta

Debe documentarse el desarrollo y progreso en curso del proceso de PIM. Ello se consigue mediante actualización continua de un informe de progreso de PIM. Después de cada etapa del proceso, el coordinador del proyecto resume las correspondientes decisiones, acciones y conclusiones en el informe de progreso de PIM.

Este informe de progreso es un documento de trabajo que se va elaborando conforme avanza el proceso de PIM. Puede incluir las secciones descritas en el recuadro de inspiración 3.



El informe de progreso permite documentar de forma continua el proceso de PIM y hacer un seguimiento de las decisiones, acciones y conclusiones.

Recuadro de inspiración 3.



CONTENIDO SUGERIDO PARA UN INFORME DE PROGRESO DE PIM

Antecedentes

Sinopsis del enfoque PIM

Objetivos del proceso de PIM

FASE 1: Análisis de la situación

- Revisión de datos, estudios y bibliografía existentes
- Consulta con interesados directos
- Asignación de prioridades y planificación de la investigación

FASE 2: Investigación

- Estudios realizados: objetivos, grupos destinatarios, cuestiones de investigación, métodos, resultados

FASE 3: Diseño de la intervención

- Intervención y su conexión con los resultados de las fases 1 y 2
- Diseño y planificación de la intervención
- Consulta con interesados directos
- Planificación del marco de seguimiento y evaluación

FASE POSTERIOR: Ejecución, evaluación, ajuste y ampliación

- Ejecución de las actividades y medidas de política planificadas
- Seguimiento
- Evaluación
- Ajuste de las actividades y medidas de política
- Ampliación

Miembros del grupo central de PIM

Cronograma del proceso de PIM

Presupuesto del proceso de PIM

Referencias

FASE 1

Análisis de la situación

ETAPAS

Revisión de datos y estudios existentes

Participación de interesados directos

Resultado:
panorámica de los conocimientos y datos científicos existentes

Objetivos

- Obtener un panorama de los datos científicos existentes con respecto a la vacunación en el país y en grupos específicos de población
- Obtener comentarios y respaldo de los interesados directos

Métodos de trabajo

- Reuniones del grupo central de PIM
- Examen documental y análisis de los datos y estudios existentes
- Taller o entrevistas con interesados directos
- Documentación del proceso mediante actualización del informe de progreso

Planificación de la FASE 1

El tiempo requerido para la FASE 1 dependerá de los datos y conocimientos ya disponibles. Se sugiere a continuación una posible planificación del proceso.

Mes 1:

Revisión de los datos y de los estudios, informes y bibliografía existentes.

Mes 2:

Día 1: Reunión del grupo central de PIM para debatir los datos recopilados y planificar el taller con interesados directos

Días 2 y 3: Taller o entrevistas con interesados directos

Días 3 y 4: Reunión del grupo central de PIM para planificar la investigación (véase la FASE 2 más adelante)



Etapa: Revisión de los datos y estudios existentes

Objetivo

El objetivo de esta etapa es examinar la información existente para determinar de modo preliminar las cuestiones clave.

Métodos de trabajo

El proceso de PIM parte de los conocimientos y datos científicos ya disponibles. Comprender y analizar la situación de partida ayuda al grupo central de PIM a tomar las decisiones pertinentes acerca de las etapas siguientes del proceso.

El análisis de la situación puede llevarlo a cabo el coordinador del proyecto o un consultor con experiencia específica. El proceso implica una investigación documental para recopilar los datos pertinentes y demás información, y elaborar un informe de análisis de la situación. Puede colaborar asimismo un estadístico o analista de datos para ayudar a procesar los datos. Un estudiante o pasante puede ocuparse de recopilar y examinar informes.

Deben analizarse asimismo los datos de cobertura vacunal para poner de manifiesto posibles patrones geográficos y sociodemográficos. Si la cobertura vacunal fuera baja en una zona geográfica determinada, se recomienda que dicha zona reciba mayor atención. Los datos de vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunación pueden indicar la existencia de zonas o grupos poblacionales con baja cobertura o elevada susceptibilidad a determinadas enfermedades prevenibles mediante vacunación. El perfil etario de un brote de sarampión puede revelar brechas de cobertura en adultos o en jóvenes, o un brote puede revelar mayor susceptibilidad en una determinada minoría.

Debe prestarse consideración especial al modo en que los determinantes sociales (como ingresos, nivel educativo o grupo étnico) constituyen barreras para la vacunación en algunos grupos poblacionales. Aun cuando a los grupos poblacionales marginados y subatendidos se les ofrezcan los mismos servicios de vacunación que a la población mayoritaria, es posible que tengan dificultades para acceder

a ellos o utilizarlos. A menudo los datos de vacunación permiten conocer únicamente qué zonas geográficas tienen cobertura baja o alta, pero no qué grupos específicos de población no están plenamente vacunados. Por este motivo, se recomienda explorar otras fuentes de información para conocer posibles determinantes sociales y establecer las características de las personas y comunidades susceptibles a una enfermedad determinada o con escasa cobertura vacunal. En el recuadro de inspiración 4 se indican posibles fuentes de información.

Se recomienda elaborar un resumen de los siguientes aspectos:

- cuestiones y retos generales relacionados con el programa y la prestación de servicios de vacunación que puedan afectar la cobertura vacunal (se ofrecen ejemplos en el recuadro de inspiración 5);
- descripción de los grupos de población con cobertura vacunal insuficiente (se ofrecen posibles variables de agrupamiento en el recuadro de inspiración 6); y
- datos científicos o suposiciones con respecto a las barreras y los factores facilitadores de la vacunación en los grupos de población con escasa cobertura, estructurados por capacidad, oportunidad física, oportunidad social y motivación.

Resultados

Los resultados inmediatos de esta etapa son:

- informe detallado de análisis de la situación, que incluye:
 - resumen de datos y conclusiones;
 - posibles cuestiones y retos para abordar;
 - posibles grupos de población en los que centrarse;
 - para cada grupo de población: posibles barreras y factores facilitadores de la vacunación, por capacidad, oportunidad física, oportunidad social y motivación;
 - lagunas de conocimiento (oportunidades para estudios de investigación);
- análisis resumido de la situación en forma de presentación PowerPoint para el taller (o talleres) con los interesados directos;
- informe de progreso actualizado.

CONVIENE SABER

En el presente documento hablamos de “barreras y factores facilitadores de la vacunación”, definidos de la siguiente manera.

La **vacunación** se entiende como los comportamientos de todo tipo (positivos, favorables, propicios) necesarios para que tenga éxito. Estos comportamientos pueden corresponder a los pacientes o cuidadores, al

personal de salud o a otras personas, como los gerentes o el personal del dispensario, expertos nacionales, o las autoridades y gestores públicos.

Las **barreras** reducen la probabilidad de que se produzcan tales comportamientos.

Los **factores facilitadores** aumentan la probabilidad de que se produzcan tales comportamientos.

Recuadro de inspiración 4.



REVISIÓN DE DATOS Y ESTUDIOS EXISTENTES: FUENTES DE INFORMACIÓN

Tipos de datos y fuentes de información

A la hora de analizar la situación, pueden examinarse los siguientes datos y fuentes de información:

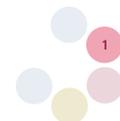
- datos de vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunación,
- datos de vigilancia de brotes epidémicos,
- datos sobre el uso de medicamentos y vacunas,
- datos de utilización de servicios de salud,
- datos de salud poblacional,
- datos e informes de modo de vida,
- estudios, análisis y encuestas de salud poblacional,
- datos del Observatorio Mundial de la Salud,
- encuestas de indicadores múltiples por conglomerados,
- encuestas de demografía y salud,
- encuestas, estrategias y planes de acción relacionados con el área de salud o los grupos de población pertinentes,
- análisis de equidad,
- estrategias y planes de acción para la vacunación o los grupos de población pertinentes,
- legislación relacionada con el área de salud o los grupos de población pertinentes,
- informes y evaluaciones de iniciativas anteriores para la vacunación o los grupos de población pertinentes,

- informes, recomendaciones y evaluaciones de organismos nacionales e internacionales relacionados con el área de salud o los grupos de población pertinentes,
- cobertura en los medios de comunicación en relación con la vacunación o los grupos de población pertinentes,
- cobertura en las redes sociales en relación con la vacunación o los grupos de población pertinentes,
- publicaciones científicas arbitradas en relación con la vacunación o los grupos de población pertinentes (resumidas en una revisión bibliográfica).

Análisis de los datos

Para centrarse en la equidad y permitir la segmentación por grupos de población, se recomienda desglosar los datos en función de características como las siguientes:

- factores socioeconómicos, como ingresos y nivel educativo;
- factores culturales, como grupo étnico, nacionalidad o religión;
- ubicación: zonas geográficas;
- ubicación: urbana o rural;



Recuadro de inspiración 5.



EJEMPLOS DE POSIBLES CUESTIONES Y RETOS

Al analizar la información y los datos científicos disponibles en los estudios e informes, deben resumirse las cuestiones y retos generales. A continuación se brindan algunos ejemplos.

Vacunas y enfermedades prevenibles por vacunación

- Cobertura vacunal (para algunas o todas las vacunas) deficiente a nivel nacional o subnacional.
- Cobertura vacunal, puntualidad o exhaustividad deficientes en grupos poblacionales o grupos etarios específicos.
- Existencia o aumento de transmisión y brotes epidémicos.

Otros factores para explorar en un estudio de investigación para PIM

Factores de capacidad

- Se presuponen en el personal de salud conocimientos o inquietud insuficientes en relación con la vacunación.
- Se presuponen en los pacientes o cuidadores conocimientos o inquietud insuficientes en relación con la vacunación.

Factores de oportunidad social

- Presencia de comunidades específicas contrarias a la vacunación.

- Personal de salud que no ofrece a los pacientes o cuidadores el apoyo, la información o la motivación necesarios para la vacunación.

Factores de oportunidad física

- Actividades pasadas de comunicación de la vacunación que no tuvieron el resultado deseado.
- Consultas breves de vacunación, con poco tiempo para interactuar con los pacientes o cuidadores.
- Escasez de personal de salud o recambio excesivo del personal.
- Deficiente priorización política de la vacunación.
- Escasez de recursos económicos.
- Suministro deficiente de vacunas.

Factores de motivación

- Se presupone baja confianza de la población en la inocuidad de las vacunas o en las autoridades de salud.
- Temores históricos a los efectos adversos de las vacunas, o se presuponen eventos con repercusión negativa en las percepciones acerca de la inocuidad de las vacunas.

No todas las cuestiones y retos identificados pueden ensayarse o explorarse en la investigación para PIM; pero sí deben incluirse todos ellos en el análisis de la situación.

CONVIENE SABER

El manual de la OMS *Equity in immunization: A handbook for addressing inequities in immunization* ofrece orientación sobre cómo analizar los datos para descubrir desigualdades en cobertura vacunal. Incluye un catálogo de herramientas y métodos para el análisis de datos.

El documento (en inglés) puede descargarse aquí: www.euro.who.int/equity

El manual de la OMS *Handbook on health inequality monitoring* ofrece orientación sobre el análisis de datos para medir la desigualdad en el ámbito de la salud. La publicación de la OMS *Monitoring health inequality: illustration of fundamental concepts* proporciona ejemplos de cómo presentar los datos y la desigualdad.

Ambos documentos (en inglés) pueden descargarse aquí:

https://www.who.int/gho/health_equity/handbook/en/

Recuadro de inspiración 6.



VARIABLES PARA LA SEGMENTACIÓN POR GRUPOS DE POBLACIÓN

Al analizar los datos, los grupos de población pueden segmentarse usando diferentes variables, como:

- **estado de vacunación** (plenamente vacunado, plenamente vacunado con retraso, parcialmente vacunado, deserción, no vacunado);
- **factores socioeconómicos** (grupo social, ingresos, nivel educativo, empleo, tamaño de la familia);
- **factores geográficos** (distrito, tamaño del distrito, ubicación rural o urbana, densidad de población, clima);

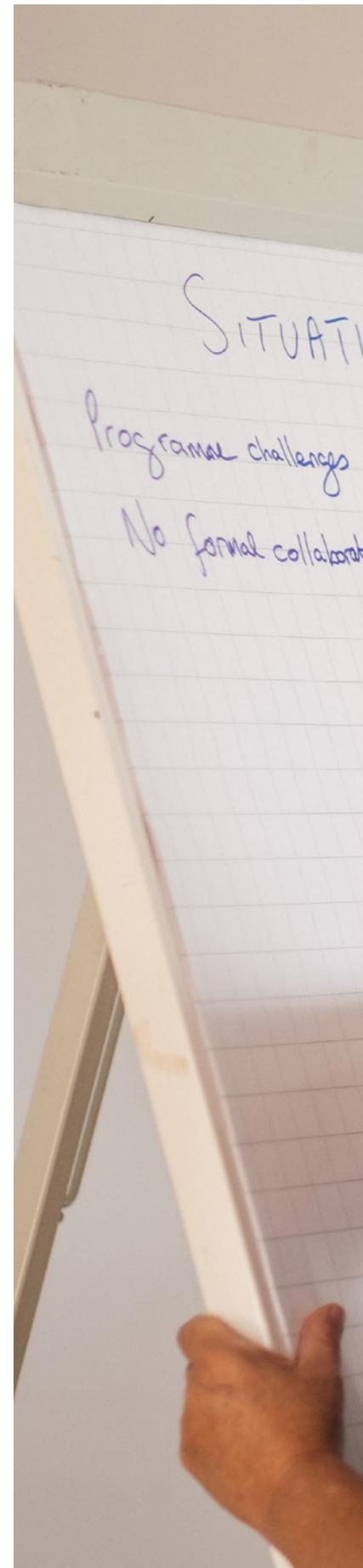
- **factores comunitarios o culturales** (cultura, religión, política, comunidad, modo de vida);
- **postura frente a la vacunación** (aceptación, reticencia, rechazo; intención de cambiar, disposición a cambiar).

En esta fase inicial es posible que los datos disponibles no permitan la segmentación por grupos de población para alguna o ninguna de estas categorías. La investigación para PIM puede ayudar a hacerlo posible en una etapa posterior.

CONVIENE SABER

Por lo general se usan datos nacionales. Si procede, pueden consultarse dos bases de datos para obtener información sobre inmunización y enfermedades prevenibles por vacunación en la Región de Europa de la OMS:

- Datos y estadísticas de la OMS:
www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/en/
Se recopilan en este sitio los datos procedentes de los informes oficiales que los Estados Miembros de la OMS presentan anualmente a través del proceso conjunto de OMS UNICEF. La información viene resumida por nivel nacional, regional y mundial.
- Sistema Europeo de Vigilancia del ECDC (TESSy):
<https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/european-surveillance-system-tessy>
Los usuarios del sitio tienen acceso a los datos sobre enfermedades transmisibles en los países de la Unión Europea y el Espacio Económico Europeo; entre ellos, sexo, edad, fecha de inicio, modo de transmisión, complicaciones y desenlace para cada caso.





CONVIENE SABER

En la publicación del ECDC *Let's talk about hesitancy: Enhancing confidence in vaccination and uptake* se describen cuestiones frecuentes que subyacen a la reticencia frente a la vacunación. Puede usarse como fuente de inspiración para el análisis de la situación. Esta publicación proporciona asesoramiento práctico basado en la evidencia y con revisión por pares para los comunicadores y los directores de programas de salud pública involucrados en servicios de vacunación.

El documento (en inglés) puede descargarse aquí:<

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/lets-talk-about-hesitancy-vaccination-guide.pdf>



CONVIENE SABER

La presentación *How to facilitate* de UNICEF (módulo en PowerPoint desarrollado como parte de su enfoque centrado en las personas) contiene buenos consejos para quien deba organizar y facilitar un taller con interesados directos. El módulo ofrece asesoramiento sobre cómo guiar una conversación y mantenerla, cómo documentar la conversación y cómo afrontar los retos a la facilitación.

La presentación de PowerPoint (en inglés) puede descargarse aquí:

<http://bit.ly/How-to-facilitate>.

Etapa: Participación de interesados directos

Objetivos

Los objetivos de esta etapa son aprovechar los conocimientos y experiencia de los interesados directos para fundamentar la asignación de prioridades y la planificación, así como fortalecer su participación y apoyo del proceso de PIM.

Métodos de trabajo

La participación de los interesados directos es un valor central del enfoque PIM. Cómo solicitar mejor su participación dependerá del contexto y de cada interesado. Se sugiere que los talleres con los interesados directos se lleven a cabo en esta fase.

Pueden incluirse los siguientes puntos en el programa de los talleres:

- presentación para introducir el enfoque PIM y el proceso local, incluidos los factores COM C (véase la página 13);
- presentación de las conclusiones del análisis de la situación, incluidos grupos de población con cobertura vacunal deficiente demostrada o sospechada y posibles motivos de ello (retos que se deben abordar);
- otras presentaciones pertinentes; por ejemplo, en relación con estudios anteriores o informes con conclusiones pertinentes;

- trabajo en grupos (véase el ejercicio 1);
- debate plenario;
- otras interacciones para explorar y debatir los resultados, solicitar comentarios, involucrar y consultar a otros interesados invitados.

En el taller con los interesados directos puede usarse el ejercicio 1 como punto de partida para los debates. Los participantes en el taller pueden dividirse en grupos más pequeños para debatir en cada grupo las barreras y los factores facilitadores en un grupo de población seleccionado. Los aportes de los participantes pueden someterse luego a debate en el grupo central de PIM después del taller. Las conclusiones se incorporan de forma resumida al informe de progreso de PIM.

El recuadro de inspiración 1 (véase la página 31) contiene orientación sobre los interesados pertinentes.

Resultados

Los resultados inmediatos de esta etapa son:

- conclusiones del taller con interesados directos para la posterior segmentación en grupos destinatarios, priorización y planificación (véase la etapa siguiente);
- informe de progreso actualizado.

Ejercicio 1 Lista de grupos de población con cobertura baja y posibles barreras y factores facilitadores de la vacunación



Objetivos

Los objetivos de este ejercicio son:

- esbozar los datos y suposiciones con respecto a los grupos de población con baja cobertura vacunal o elevada susceptibilidad a enfermedades prevenibles por vacunación;
- esbozar los datos y suposiciones con respecto a las barreras y los factores facilitadores de la vacunación en dichos grupos.

Pasos del ejercicio

1. Lista de grupos de población con deficiente cobertura vacunal

- Indiquen y comenten los grupos de población que crean o sepan que tienen baja cobertura.
- ¿Existen retos relacionados con la ausencia, retraso o abandono de la vacunación?
- ¿Qué caracteriza a estos grupos? ¿Pueden categorizarse en función de alguno de los factores siguientes?:
 - Factores socioeconómicos (grupo social, ingresos, nivel educativo, empleo, tamaño de la familia);
 - Factores geográficos (distrito, tamaño del distrito, ubicación rural o urbana, densidad de población, clima);
 - Factores comunitarios o culturales (cultura, religión, política, comunidad, modo de vida);
 - Postura frente a la vacunación (aceptación, reticencia, rechazo; intención de cambiar, disposición a cambiar).
- Sus respuestas, ¿son suposiciones o se basan en datos?
- ¿Saben lo suficiente? ¿Cuáles son sus lagunas de conocimiento?
- ¿Acerca de qué les gustaría saber más?

Para ahorrar tiempo, esta parte del ejercicio puede prepararse con anterioridad al taller y luego presentarse y debatirse con los interesados directos.

2. Mapa conceptual de posibles barreras y factores facilitadores de la vacunación

- En primer lugar, comenten qué comportamientos (de los pacientes o cuidadores, del personal de salud o de otras personas) se necesitan para lograr una cobertura vacunal elevada y equitativa en el grupo de población, y si tales comportamientos se están dando.
- Para ello, visualicen el encuentro entre el paciente o cuidador, el personal de salud y el sistema de salud. Comenten cada paso del “trayecto del cuidador” para la vacunación (véase abajo).
- Esto les ayudará a comprender dónde deben explorarse con más detalle los comportamientos en el proceso de PIM.
- A continuación, indiquen las posibles barreras y los posibles factores facilitadores de la vacunación en los grupos de población identificados.
- Desarrollen un mapa conceptual (véase la figura del ejercicio 1.1) con las posibles barreras y factores facilitadores. Preparen un mapa por cada grupo de población (véase abajo).
- Explore todos los factores COM para cada grupo de población. Anoten si existe poca información para algún factor COM.

Se recomienda trabajar en grupos. Cada grupo de trabajo se ocupará de un grupo de población. Búsquense en sus conocimientos y experiencia y en el análisis de la situación.

CONVIENE SABER

Un **mapa conceptual** es una visión de conjunto de las barreras y los factores facilitadores de la vacunación, estructurados en función de los factores clave del modelo teórico de PIM: capacidad, oportunidad física, oportunidad social y motivación (21).

CONVIENE SABER

La guía de UNICEF *Demand for Health Services Field Guide* incluye una introducción al “trayecto del cuidador” para la vacunación (páginas 60 y 61). Puede imprimirse la ilustración de dicho trayecto del cuidador para repartirla a los participantes en el taller. El documento (en inglés) puede descargarse aquí: <http://bit.ly/HCD-field-guide>

Figura del ejercicio 1.1. Ejemplo de mapa conceptual de las barreras a la vacunación en Kirguistán: proceso de PIM en relación con cuidadores migrantes internos



Capacidad

- Hay poca conciencia de la necesidad de darse de baja en el establecimiento de salud anterior y llevar el formulario 063 (expediente médico) al nuevo establecimiento de salud.
- Algunos cuidadores saben poco sobre vacunación, adónde acudir para la vacunación y la necesidad de conservar la tarjeta de vacunación.
- Existe la idea errónea de que las vacunas solo se necesitan en caso de brote epidémico.
- Existen ideas erróneas acerca de la inocuidad y las contraindicaciones de las vacunas.



Oportunidad

Física

- Los procedimientos para cambiar de registro son complejos: sistema bien establecido, pero no se ha ampliado para satisfacer las necesidades en relación con la migración.
- Muchos no tienen un permiso oficial de residencia (propiska), por lo que no pueden registrarse en el establecimiento local de salud.
- Un tercio no están registrados en su establecimiento local de salud.
- Los migrantes reciben menos recordatorios y notificaciones que la población general.
- Existe la percepción de que el tiempo de espera es largo en los establecimientos de salud.
- Los migrantes reciben del personal de salud menos visitas a domicilio que la población general.
- Hay escasez o recambio excesivo del personal de salud en los establecimientos de salud: el seguimiento de las familias que se desplazan a menudo precisa mayores recursos.

Social

- Se considera que el personal de salud tiene información insuficiente sobre la vacunación.
- Se ha informado que el personal de salud puede ser irrespetuoso y menos tolerante con los migrantes.
- Para algunos, la fuente más confiable de información sobre vacunación son los amigos y la familia.
- Sistemas de participación comunitaria que funcionan bien, pero no se han ampliado para satisfacer las necesidades de los nuevos asentamientos.
- Ha habido un aumento de la comunicación antivacunas en televisión, Internet y redes sociales; pero son pocos los que usan Internet como fuente de información sobre vacunación.



Motivación

- Algunos cuidadores tienen inquietudes o ideas erróneas acerca de la vacunación:
 - Los efectos secundarios son la preocupación más frecuente.
 - Los modos de vida saludables son más eficaces que la vacunación.
 - Las vacunas se administran demasiado pronto.
- Las vacunas repercuten de forma negativa en el sistema inmunitario de los niños.
- Las personas desconfían de las vacunas fabricadas fuera de Europa.
- La vacunación gratuita aumenta la desconfianza en la calidad de las vacunas.
- Los pacientes o cuidadores tienen miedo de cuestionar el sistema o reivindicar sus derechos.

FASE 2

Investigación



Resultado:
comprensión de las barreras y los factores facilitadores de la vacunación en los grupos considerados prioritarios

Objetivos

- Priorizar los grupos destinatarios
- Planificar y realizar uno o varios estudios de investigación

Métodos de trabajo

- Reuniones del grupo central de PIM
- Estudios de investigación
- Documentación del proceso mediante actualización del informe de progreso

Planificación de la FASE 2

El tiempo requerido para la FASE 2 dependerá del estudio o estudios de investigación realizados. Se sugiere a continuación una posible planificación del proceso.

Mes 1:

- Reunión del grupo central de PIM para:
 - asignar prioridades entre grupos destinatarios,
 - planificar la investigación (puede llevarse a cabo inmediatamente después del taller con los interesados directos; véase la FASE 1).
- Preparación del protocolo o protocolos de investigación.
- Solicitud de autorización ética.

Meses 2-12:

- Realización del estudio o los estudios.
- Elaboración de los informes de investigación y resumen de conclusiones.
- Elaboración de un artículo para publicarlo en una revista arbitrada, si procede.



Ejercicio 2

Priorización de grupos destinatarios

Etapa: Priorización de grupos destinatarios

Objetivos

Los objetivos de esta etapa son consolidar los aportes del análisis de la situación y la consulta con los interesados directos, y usar esta información para asignar las prioridades entre los distintos grupos destinatarios.

Métodos de trabajo

Se recomienda organizar una reunión de planificación del grupo central de PIM, de uno o dos días de duración, para consolidar los aportes de la FASE 1. En esta reunión, el ejercicio 2 puede ayudar a tomar una decisión final con respecto a la prioridad de los grupos destinatarios.

El recuadro de inspiración 6 (véase la página 38) contiene diversos ejemplos de posibles grupos destinatarios de pacientes o cuidadores.

El enfoque PIM considera que el encuentro entre el paciente o cuidador y el profesional de salud es un momento fundamental para la toma de decisiones en vacunación. En consecuencia, se recomienda investigar las barreras y los factores facilitadores de la vacunación desde la perspectiva tanto del grupo o los grupos destinatarios seleccionados como del personal de salud que los atiende, si hay recursos para ello. No obstante, es preciso determinar qué subgrupos de pacientes o cuidadores y del personal de salud deben priorizarse.

Resultado

El resultado inmediato de esta etapa es:

- actualización del informe de progreso con identificación de los grupos destinatarios prioritarios.

Objetivos

Los objetivos de este ejercicio son:

- seleccionar el grupo o grupos destinatarios que se investigarán con más detalle,
- acordar las cuestiones de investigación pertinentes para el grupo o grupos seleccionados.

Pasos del ejercicio

1. Selección de uno o dos grupos destinatarios para investigar

- Indiquen los grupos de población con deficiente cobertura vacunal detectados en la FASE 1.
- Debatan y pónganse de acuerdo en uno o dos grupos de población que deban recibir prioridad. Sírvanse para ello del cuadro de ejercicio 2.1.

- Pueden usar los siguientes criterios:

a. Impacto

- ¿Cuál sería el impacto de dirigirse a este grupo de población en cuanto al riesgo de brote epidémico?
- ¿Cuál sería el impacto de dirigirse a este grupo de población en cuanto a la equidad y el acceso a los servicios de salud en su país?

b. Probabilidad de cambio

- ¿Qué tan probable es que puedan cambiarse los comportamientos de vacunación en este grupo?
- ¿Hay oportunidades de centrarse en algún subgrupo en el que el cambio sea más probable?
- ¿Hay algún obstáculo concreto que deba tenerse en cuenta?



c. Efectos indirectos

- Dirigirse a este grupo con actividades relacionadas con la vacunación, ¿podría repercutir favorablemente en otras cuestiones de salud para dicho grupo?
 - Dirigirse a este grupo, ¿podría repercutir favorablemente en la cobertura general de vacunación?
 - Usen un código de colores o puntúen la prioridad de 1 (baja) a 5 (alta).
 - Usen el análisis de la situación en respaldo de sus comentarios.
 - Consideren la posibilidad de trabajar en grupos pequeños y luego reunirse para debatir en común sus calificaciones y acordar qué grupo o grupos destinatarios seleccionar.
- ## 2. Selección de las cuestiones de investigación
- Elaboren un cuadro sinóptico de su análisis hasta el momento:
 - panorama de los comportamientos (de pacientes o cuidadores, del personal de salud y de otras personas) necesarios para la vacunación con éxito del grupo o grupos destinatarios seleccionados;
 - conocimiento de las barreras y los factores facilitadores de la vacunación en el grupo o los grupos destinatarios seleccionados;
 - suposiciones acerca de las barreras y los factores facilitadores de la vacunación en el grupo o los grupos destinatarios seleccionados;
 - lagunas de conocimiento con respecto a las barreras y los factores facilitadores de la vacunación en el grupo o los grupos destinatarios seleccionados.
 - Debatan y acuerden qué comportamientos querrían explorar mejor y para qué cuestiones querrían una respuesta en relación con las barreras y los factores facilitadores de la vacunación en el grupo o los grupos destinatarios seleccionados.

Cuadro de ejercicio 2.1. Selección del grupo o los grupos destinatarios

Posible grupo destinatario para investigar	a. Impacto	b. Probabilidad de cambio	c. Efectos indirectos
--	------------	---------------------------	-----------------------

Grupo o grupos destinatarios seleccionados para investigar

A partir de los debates sobre el grupo o los grupos destinatarios para investigar, el grupo central de PIM debe determinar ahora el enfoque de la investigación y elaborar el correspondiente protocolo de investigación.

Etapas: Planificación de la investigación

Objetivos

Los objetivos de esta etapa son acordar el enfoque del estudio o los estudios de investigación y elaborar el protocolo o los protocolos correspondientes de investigación.

Métodos de trabajo

El grupo central de PIM debe determinar ahora el enfoque de la investigación.

La investigación sirve para determinar las barreras y los factores facilitadores de la vacunación en el grupo o los grupos destinatarios seleccionados, estructurados en función de los factores COM. Ello puede hacerse explorando los comportamientos necesarios para alcanzar una elevada y equitativa cobertura vacunal. Deben explorarse con más detalle las posibles barreras y factores facilitadores, así como las posibles lagunas de conocimiento, establecidos en las etapas anteriores del proceso.

Debe elaborarse un protocolo de investigación.

Posibles preguntas orientativas:

- ¿Cuáles son las cuestiones generales que precisan respuesta? Deben abarcar capacidad, oportunidad social, oportunidad física y motivación.
- ¿Qué tipo de diseño del estudio (cuantitativo, cualitativo o mixto) es útil para responder a tales cuestiones?
- ¿A qué miembros del grupo o los grupos destinatarios nos dirigiremos, a cuántos y dónde, y cómo los reclutaremos?
- ¿Quién llevará a cabo la investigación y cuáles serán sus funciones y responsabilidades?
- ¿Quién creará las herramientas de recopilación de datos, como los cuestionarios?
- ¿Cómo se analizarán los datos?
- ¿Cuáles son los plazos?

- ¿Cuál es el presupuesto?
- ¿Dónde debe solicitarse la autorización ética?

Pueden usarse la figura 6 y los cuadros 1 y 2 (véanse las páginas 13 a 21), en los que se describen los factores COM, para fundamentar el desarrollo de las cuestiones de investigación.

En el recuadro de inspiración 7 se ofrece orientación sobre el contenido de un protocolo de investigación.

En el recuadro de inspiración 8 se ofrece orientación sobre el modo de obtener la autorización ética.

En el recuadro de inspiración 9 se ofrece una panorámica de los distintos tipos de estudios que pueden realizarse.

Existen varios buenos documentos de orientación sobre cómo realizar estudios de investigación en vacunación (véase la página 52). Si el grupo central de PIM tiene poca experiencia en investigación de la perspectiva comportamental, se recomienda buscar apoyo en una universidad local, algún organismo de investigación, o asociados como la OMS y el UNICEF. Si el tiempo y los recursos son limitados, el grupo central de PIM puede optar por hacer un estudio rápido, a partir de un pequeño número de entrevistas y debates estructurados.

Resultados

Los resultados inmediatos de esta etapa son:

- protocolo o protocolos de investigación, con cronograma y presupuesto;
- autorización ética;
- resultados alternativos: decisión de repetir el análisis de la situación o pasar directamente a la FASE 3 porque se dispone ya de suficientes conocimientos y datos científicos;
- informe de progreso actualizado.



Recuadro de inspiración 7.



CONTENIDO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

El protocolo de investigación es una parte esencial del proyecto de investigación. Consiste en una descripción detallada de cómo se llevará a cabo la investigación y debe usarse como un manual para el equipo de investigación, con el fin de garantizar que se cumplan los métodos.

Todo protocolo de investigación de un estudio con métodos cuantitativos, cualitativos o mixtos debe contener las siguientes secciones. Los detalles de cada sección variarán según el tipo de investigación.

- Información general: título del proyecto de investigación; versión y fecha del protocolo; nombre y datos de contacto del financiador, del patrocinador y del investigador principal.
- Antecedentes y justificación: enunciado del problema que se halla en la base del proceso de PIM, conocimientos existentes, lagunas de conocimiento y motivos para llevar a cabo la investigación.
- Cuestiones, propósitos y objetivos de la investigación: cuestiones generales u objetivos de la investigación, y objetivos específicos para abordarlos.
- Diseño del estudio: diseño general del estudio (p. ej., longitudinal, cualitativo, entrevista presencial) y modelo teórico empleado (PIM: adaptación de COM-C).
- Entorno, participantes y reclutamiento: dónde se llevará a cabo el estudio; dónde y cómo se reclutará a los participantes; criterios de inclusión y exclusión; cómo se informará a los participantes acerca del estudio; cómo se obtendrá el consentimiento informado (con inclusión de la hoja informativa para los participantes y del formulario de consentimiento como apéndices).
- Recopilación de datos: contenido de las herramientas de recopilación de datos (p. ej., guía de la entrevista, cuestionario postal), cómo se elaborarán estas herramientas o si se prevé usar herramientas validadas ya existentes, ensayos piloto y aplicación final (con inclusión de las herramientas de recopilación de datos como apéndices).
- Análisis de los datos: análisis cuantitativo (estadístico) o cualitativo planificado; en caso de un estudio con métodos mixtos, descripción de cómo se hará la síntesis de los datos cuantitativos y cualitativos.
- Gestión de los datos: dónde se almacenarán los datos, quién los verá, cómo se transferirán, cómo se garantizará la confidencialidad; cómo se satisfarán las regulaciones nacionales en materia de gestión de datos.
- Autorizaciones éticas y de otro tipo: que comité de ética examinará la investigación; otras autorizaciones necesarias.
- Difusión: informes y documentos que se elaborarán, incluido un resumen breve para los participantes.
- Cronograma: plazos claros para cada etapa del proyecto de investigación.
- Referencias.
- Apéndices (hoja informativa para los participantes, formulario de consentimiento, herramientas de recopilación de datos).

Recuadro de inspiración 8.



AUTORIZACIÓN ÉTICA

Según las reglas y normas del país en el que se lleve a cabo la investigación, así como la naturaleza del estudio, deberá solicitarse la autorización de un comité independiente de ética.

La autorización ética suele ser un requisito obligatorio para publicar los resultados del estudio en una revista arbitrada.

La investigación puede llevarse a cabo de conformidad con las normas descritas en dos documentos clave:

- la Declaración de Helsinki* elaborada por la Asociación Médica Mundial como una declaración de principios éticos para servir de orientación a los médicos y otros participantes en investigaciones médicas con seres humanos;
- el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) de la UE 2016/679,** que busca regular el tratamiento de datos personales y la libre circulación de tales datos.

La autorización ética se solicita para garantizar que se consideran por encima de todo los derechos de cualquier persona que participe en un estudio, así como su dignidad, seguridad y bienestar.

El contenido de una solicitud de autorización ética dependerá de los requisitos establecidos por el comité de ética correspondiente.

Para la investigación de PIM, suele requerirse la siguiente información:

- propósitos y objetivos del estudio;
- diseño y métodos del estudio, incluidos posibles métodos estadísticos y método de análisis;
- número de participantes y métodos para reclutarlos, incluida su selección (criterios de inclusión y exclusión) y abordaje;
- cómo se obtendrá el consentimiento de los participantes, y posibles incentivos o reembolso de gastos;
- cómo se usarán los datos, incluido cómo y dónde se transferirán y almacenarán los datos;
- procesos para garantizar el anonimato y la confidencialidad;
- detalles sobre la difusión de los resultados;
- detalles sobre todas las personas involucradas en el estudio y sus funciones.

La autorización ética no suele concederse de forma retroactiva.

En algunos países no existen los comités de ética para la investigación cualitativa o en ciencias sociales. En tales casos, debe crearse un comité *ad hoc* para examinar y autorizar el estudio de PIM propuesto.

* <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

** <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>



Recuadro de inspiración 9.



TIPOS DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

La información puede obtenerse con un estudio de diseño cualitativo, cuantitativo o mixto, según el tipo de información necesaria para responder a la cuestión investigada y el tipo de datos de investigación ya existentes sobre el tema. El modelo teórico de PIM (véase la figura 6, página 13) puede aplicarse a cualquiera de los métodos

de obtención de datos sobre influencias en los comportamientos de vacunación.

Las ventajas e inconvenientes de los métodos cualitativos y cuantitativos de investigación se presentan de forma resumida en el cuadro 3.

Cuadro 3. **Ventajas e inconvenientes de los estudios cualitativos y cuantitativos de investigación**

Estudios cualitativos

Estudios cuantitativos

Ventajas

Pueden aportar conocimiento detallado de las inquietudes, necesidades y experiencias personales de las personas, y cómo y por qué las personas se comportan de determinada manera.

Son valiosos para describir fenómenos complejos.

Los datos generados pueden ser ricos en detalles.

Son útiles para generar hipótesis para ensayar en estudios cuantitativos.

Son útiles para examinar la frecuencia de un comportamiento y los factores que influyen en él.

Permiten ensayar hipótesis y evaluar relaciones de causa y efecto.

Pueden generar resultados generalizables si el estudio está bien diseñado y la muestra es representativa de la población destinataria.

Permiten la comparación entre datos iniciales y datos finales para evaluar el efecto de las intervenciones.

Inconvenientes

Es difícil generalizar los resultados a una población más amplia.

En ocasiones requieren mucho tiempo para recopilar, analizar e interpretar los datos.

No son apropiados para revelar la complejidad de las experiencias, percepciones y conocimientos de las personas.

Requieren mayor número de participantes.

Investigación cualitativa

La investigación cualitativa se lleva a cabo para llegar a entender los puntos de vista y las experiencias de un grupo destinatario. Permite explorar los motivos por los que las personas hacen determinadas elecciones y adoptan comportamientos específicos, y aporta discernimiento sobre lo que el grupo destinatario conoce y desconoce, sus temores y preocupaciones, sus esperanzas y deseos, así como cuestiones más complejas, como las

relacionadas con el acceso a la vacunación o la accesibilidad de la vacunación. Los métodos cualitativos proporcionan información rica y detallada sobre las barreras y los factores facilitadores de la vacunación.

Son métodos populares de investigación cualitativa los debates en grupos de opinión, las entrevistas individuales exhaustivas y los estudios de observación.

Recuadro (continuación) —>

TIPOS DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

Debates en grupos de opinión

Un debate en grupo de opinión es una conversación moderada con un grupo de personas pertenecientes al mismo grupo destinatario. Sirve para comprender sus conocimientos, percepciones, creencias, actitudes y experiencias acerca de un tema determinado. Los debates en grupos de opinión son especialmente útiles para identificar normas sociales, y pueden revelar tanto acuerdos como diferencias de opinión en relación con un tema de interés.

Los participantes pueden verse estimulados por la presencia de otros a transmitir e intercambiar opiniones e inquietudes, incluidos mitos, rumores o historias que puedan estar circulando en la comunidad. En un debate en grupo de opinión suelen participar entre 5 y 12 personas.

Entrevistas exhaustivas individuales

En una entrevista exhaustiva individual, un moderador sostiene una conversación con una sola persona; por lo general de forma presencial, pero a veces por teléfono o Internet. Las entrevistas individuales son especialmente útiles cuando el participante tiene algún conocimiento especial o un punto de vista único; cuando el asunto es delicado y el participante pueda no sentirse cómodo hablando abiertamente en un grupo; o cuando sea difícil reunir un grupo más grande.

Estudios de observación

Los estudios de observación son un tipo de investigación en el cual un investigador se limita a observar un comportamiento en curso. Es una técnica de investigación social que implica observar y registrar a las personas en un entorno natural. Los diseños de observación son especialmente pertinentes cuando es importante entender cómo hablan y actúan las personas en un contexto cotidiano. Los datos de observación suelen combinarse con entrevistas en las que se pide al participante que comente su comportamiento observado. La observación

enriquece los datos recopilados en las entrevistas y supera las posibles limitaciones de la mala memoria y la tendencia de los entrevistados a presentarse de modo favorable. En un proceso de PIM, las observaciones pueden llevarse a cabo en un establecimiento de salud. Para limitar la influencia del observador en los comportamientos de las personas observadas, es preferible llevar a cabo la observación durante períodos más largos, y son cruciales tanto la capacitación de los observadores como la existencia de directrices claras para registrar las observaciones.

Investigación cuantitativa

La investigación cuantitativa se basa en la recopilación estructurada y el análisis de datos numéricos, en lugar de datos textuales como en los estudios cualitativos. Los métodos cuantitativos permiten aportar información sobre la frecuencia de ciertos comportamientos, creencias y conocimientos. Mediante diferentes pruebas estadísticas, los métodos de investigación cuantitativa pueden determinar la probabilidad de que los resultados sean reales o atribuibles al azar. Si los datos se obtienen a partir de una muestra representativa, es posible generalizar los resultados a una población de mayor tamaño. La investigación cuantitativa es adecuada si:

- la naturaleza de las barreras o los factores facilitadores de la vacunación están claramente definidos y son cuantificables;
- se quiere saber qué barreras o factores facilitadores son los más frecuentes (y si varían en diferentes grupos de población); y
- deben compararse datos con el transcurso del tiempo (esto es, se trata de un estudio longitudinal), por ejemplo, para medir la eficacia de una intervención.

Encuestas

Las encuestas son un método cuantitativo frecuente para recopilar datos sobre conocimientos, percepciones y otras barreras y factores facilitadores de la vacunación. Constituyen un modo relativamente sencillo



Recuadro (continuación) —>

TIPOS DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

de recopilar información a partir de un gran número de personas en poco tiempo. Los datos se recopilan mediante cuestionarios normalizados con preguntas predefinidas, por lo general cerradas. Los cuestionarios pueden aplicarse de forma presencial o por teléfono, o bien se invita a los encuestados a rellenar las preguntas en papel o en formato electrónico.

Los cuestionarios rellenados por el propio encuestado, ya sea por escrito, por Internet o por correo electrónico, son más baratos que las encuestas aplicadas de forma presencial o por teléfono.

Es importante ensayar de manera preliminar los cuestionarios para detectar cualquier problema que pueda generar respuestas sesgadas. Dado que no resulta práctico recopilar información de toda la población de interés, las encuestas suelen distribuirse a una muestra de la población, cuyo tamaño dependerá del costo y los recursos disponibles. Para poder generalizar los resultados de una encuesta a la población de interés, la muestra debe ser representativa de dicha población. Los métodos aleatorios y sistemáticos (muestreo probabilístico) ayudan a seleccionar los participantes. En algunos casos puede ser preferible un muestreo no probabilístico (p. ej., muestreo intencional, de conveniencia y en "bola de nieve") si uno desea centrarse en grupos de población muy específicos. No obstante, este tipo de muestreo es más propenso al sesgo.

Siempre que sea posible, se recomienda emplear escalas de validez probada; por ejemplo, en cuanto a:

- validez conceptual: ¿las preguntas miden en realidad lo que pensamos que miden?
- validez predictiva: ¿cómo se relacionan las puntuaciones de la escala con la cobertura vacunal real?
- validez concurrente: ¿predicen las preguntas el estado de vacunación de las personas que respondieron la escala?

En el caso de la reticencia a la vacunación, concretamente, se han creado y ensayado varias escalas. Aún no se ha diseñado la escala perfecta, pero se puede consultar en línea un panorama de las escalas disponibles (23).

Métodos mixtos

Si hay recursos, es conveniente realizar investigación tanto cualitativa como cuantitativa, pues la combinación de diferentes métodos (triangulación) permite captar información tanto en extensión (datos cuantitativos) como en profundidad (datos cualitativos), con lo que aumenta la confianza en los resultados de la investigación. La investigación cualitativa y cuantitativa puede llevarse a cabo de forma simultánea o secuencial. Son ejemplos de estudios secuenciales el uso de los datos de una entrevista cualitativa para sustentar la elaboración de un cuestionario para una encuesta cuantitativa; o usar las entrevistas cualitativas para explorar con más detalle los resultados interesantes o inesperados obtenidos en una encuesta cuantitativa.

Investigación activa

Algunos grupos centrales de PIM deciden pasar directamente a ejecutar las intervenciones. El ensayo y la evaluación de la intervención se convierten en tal caso en su estudio de investigación, que recibe el nombre de "investigación activa". Este enfoque reviste especial interés si el análisis de la situación aporta información suficiente para empezar a diseñar intervenciones, y se basa en estudios de investigación realizados con anterioridad al proceso de PIM. Este tipo de estudio puede incluir cualquiera de los métodos de investigación ya mencionados; por ejemplo, debates en grupos de opinión para evaluar la información obtenida o estudios de observación para evaluar el impacto de las actividades de capacitación.

Etapa: Realización de la investigación

Objetivo

El objetivo de esta etapa es comprender las barreras y los factores facilitadores de la vacunación en los grupos destinatarios seleccionados.

Métodos de trabajo

Estudios cualitativos, cuantitativos y mixtos, o estudios de investigación activa, según lo que haya determinado el grupo central de PIM en la etapa anterior.

Resultados

Los resultados inmediatos de esta etapa son:

- Informes de investigación con
 - descripción de los grupos de población seleccionados y comparación entre los grupos de población seleccionados explorados en el estudio de investigación;
 - determinación de las barreras y los factores facilitadores de la vacunación, estructurados en función de los factores COM (capacidad, oportunidad física, oportunidad social y motivación), para cada grupo de población.
- Informe de progreso actualizado.

Etapa: Resumen de los resultados de la investigación para decidir el enfoque

Objetivos

Los objetivos de esta etapa son resumir los resultados de la investigación relacionados con los grupos destinatarios de investigación seleccionados y sus barreras y factores facilitadores para la vacunación, y asignar las prioridades entre ellos.

Métodos de trabajo

Los grupos destinatarios deben describirse a partir de los resultados de la investigación. Deben presentarse de forma resumida las barreras y los factores facilitadores de la vacunación para cada grupo, estructurados en función de los factores COM.

A veces, la investigación revela nuevos subgrupos importantes. Para presentar todos los subgrupos, pueden desarrollarse perfiles o elegirse una persona representativa (véase el recuadro de inspiración 10).

CONVIENE SABER

En la guía práctica de la OMS *Field guide to qualitative research for new vaccine introduction* se describen los pasos para planificar y llevar a cabo debates en grupos de opinión y entrevistas exhaustivas. Esa guía se elaboró para la introducción de nuevas vacunas, pero la orientación general es idéntica para cualquier estudio. Se la recomienda vivamente para quienes tengan escasa experiencia en investigación cualitativa.

El documento (en inglés) puede descargarse aquí: www.euro.who.int/newvaccines.

En la guía *A guide for exploring health worker/caregiver interactions on immunization* se describen, de forma clara y sencilla, los detalles para llevar a cabo un estudio cualitativo de los conocimientos, las actitudes y las prácticas del personal de salud, con énfasis particular en sus interacciones con los cuidadores y niños pequeños. La guía

se elaboró principalmente para los equipos distritales de gestión de salud y para toda persona u organización con los que puedan colaborar para llevar a cabo el estudio. Es un documento elaborado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el UNICEF, John Snow Inc. y la OMS.

La guía (en inglés) puede descargarse aquí: www.who.int/immunization/programmes_systems/HW_KAP_2018_final_draft_June2018.docx?ua=1

La presentación *Conducting Field Research* de UNICEF (módulo en PowerPoint desarrollado como parte de su enfoque centrado en las personas) contiene una introducción a la realización de entrevistas y observaciones a nivel de la comunidad, y cómo planificarlas y comunicarlas.

La presentación de PowerPoint (en inglés) puede descargarse aquí: <http://bit.ly/facilitation-guide-pt2>.



Si a partir de la investigación se han detectado varios grupos destinatarios de interés, el grupo central de PIM puede usar el ejercicio 2 (véase la página 44) para asignar las prioridades y seleccionar el grupo o los grupos destinatarios para la intervención.

Resultados

Los resultados inmediatos de esta etapa son:

- resumen de los resultados de la investigación estructurados por grupo destinatario (y dentro de cada grupo, con sus barreras y factores facilitadores de la vacunación estructurados en función de los factores COM);
- si procede, el perfil o la persona representativa (véase el recuadro de inspiración 10 y la figura 9) de cada grupo destinatario;
- si se detectaron varios grupos destinatarios de interés, priorización de los grupos destinatarios para las intervenciones;
- informe de progreso actualizado.

CONVIENE SABER

La presentación *Sharing & synthesizing research* de UNICEF (módulo en PowerPoint desarrollado como parte de su enfoque centrado en las personas) sugiere diversas maneras de analizar y presentar los resultados de investigación.

La presentación de PowerPoint (en inglés) puede descargarse aquí:
<http://bit.ly/facilitation-guide-pt3>.

Recuadro de inspiración 10.



PERFIL O PERSONA REPRESENTATIVA DE LOS GRUPOS DESTINATARIOS

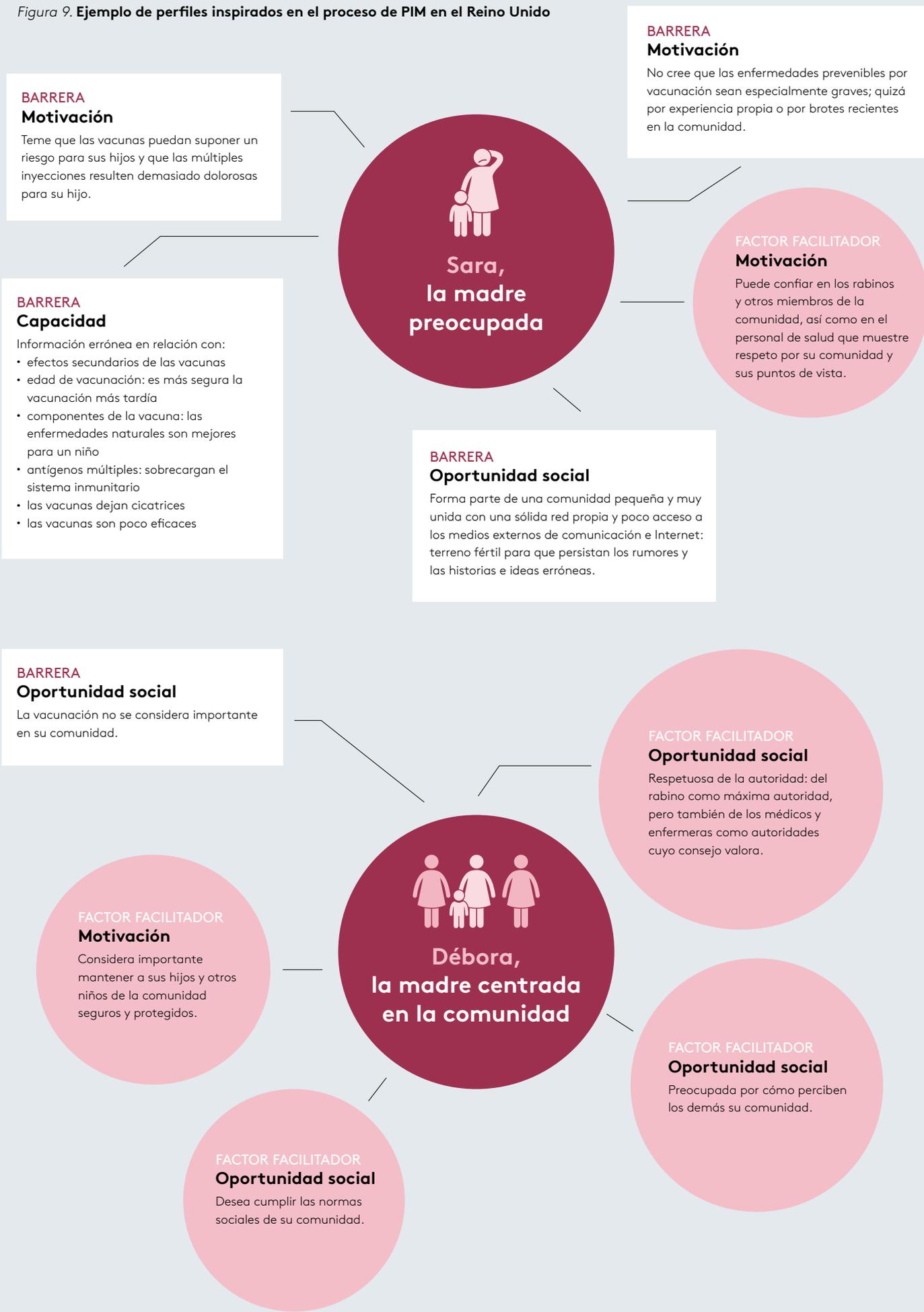
Para resumir los resultados y presentarlos de un modo más comprensible, los subgrupos del grupo destinatario pueden presentarse a partir de una persona representativa, es decir, una persona promedio de cada subgrupo. A esta persona representativa puede dársele un nombre y otras características, como edad, número de hijos, nivel educativo, ubicación geográfica, tipo de vivienda, creencias, intereses, etc. Para cada una, se describen sus barreras y factores facilitadores para la vacunación. Si los miembros del grupo destinatario que se está explorando comparten en gran medida las mismas características, pueden crearse perfiles más sencillos para describir diferentes posturas y barreras y factores facilitadores de la vacunación (véase la figura 9).

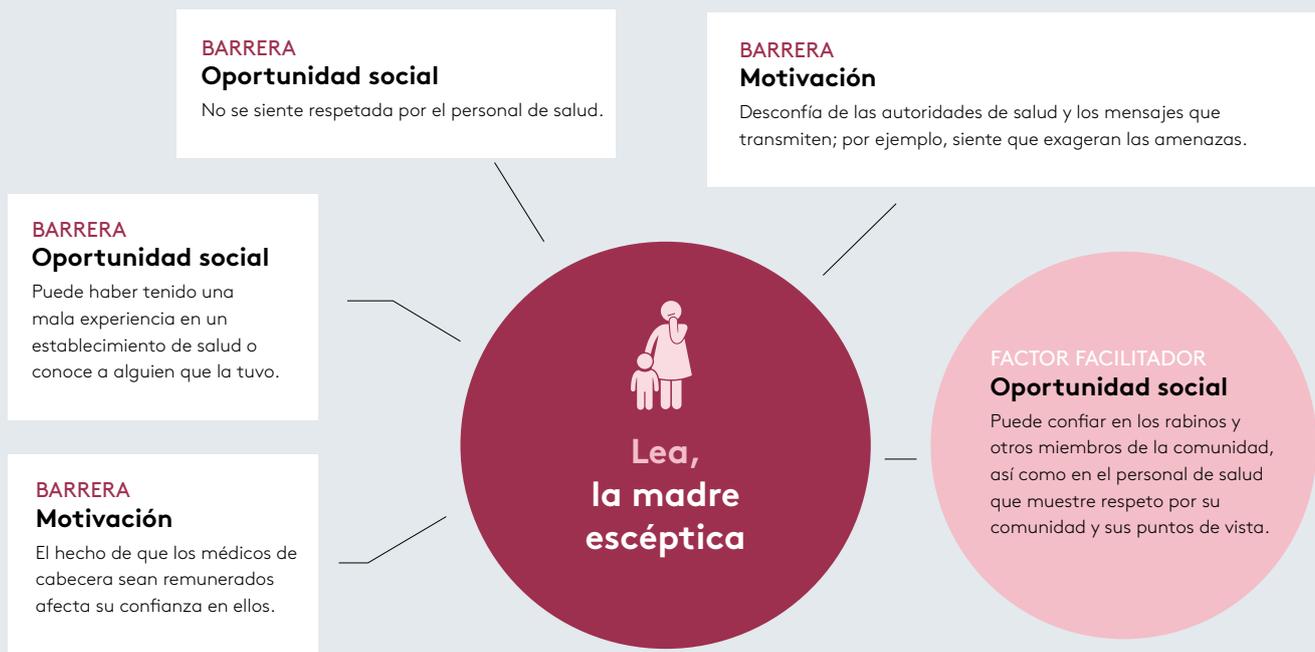
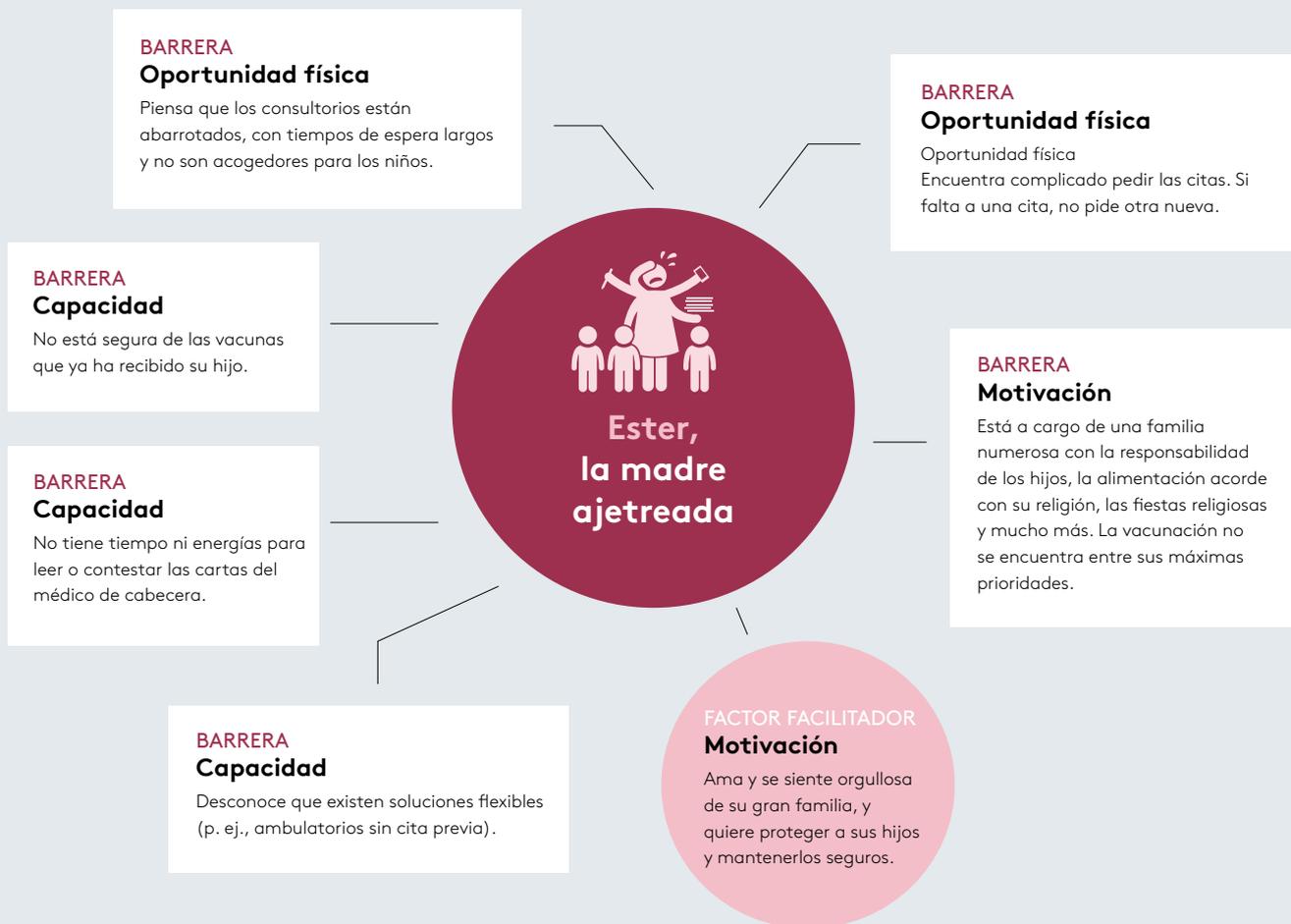


CONVIENE SABER

La presentación *Facilitation guide* del UNICEF (módulo en PowerPoint desarrollado como parte de su enfoque centrado en las personas) brinda orientación sobre cómo elaborar y describir personajes (diapositivas 28 a 34). La presentación de PowerPoint (en inglés) puede descargarse aquí:
<http://bit.ly/facilitation-guide-pt1>.

Figura 9. Ejemplo de perfiles inspirados en el proceso de PIM en el Reino Unido





FASE 3

Diseño de la intervención



Resultado: acuerdo, diseño, financiamiento y planificación de la intervención

Objetivos

- Diseñar y planificar una intervención
- Elaborar un marco de seguimiento y evaluación
- Consultar con los interesados directos para obtener comentarios y apoyo

Métodos de trabajo

- Reuniones del grupo central de PIM
- Taller con interesados directos
- Documentación del proceso mediante actualización del informe de progreso

Planificación de la FASE 3

La mayor parte de la FASE 3 puede llevarse a cabo en una semana.

Días 1 y 2: reunión del grupo central de PIM para traducir los resultados de las FASES 1 y 2 en una intervención sugerida.

Día 3: taller con interesados directos para presentar los resultados de las FASES 1 y 2, y recibir comentarios sobre la intervención sugerida.

Días 4 y 5: reuniones del grupo central de PIM para ajustar la intervención en función de los comentarios recibidos de los interesados directos, y elaborar un marco de seguimiento y evaluación.

Semanas

2 a 4:

- El coordinador del proyecto o consultor
- redactan el plan de intervención (con actividades y medidas de política, cronograma, presupuesto y otros detalles);
 - redactan el marco de seguimiento y evaluación;
 - actualizan el informe de progreso.



CONVIENE SABER

El enfoque PIM distingue entre la intervención general y sus dos componentes fundamentales: actividades y actuaciones de política (véase la figura 10):

Una **intervención** es un esfuerzo general para garantizar una cobertura vacunal elevada y equitativa. Puede constar de diversas actividades y medidas de política.

- Las **actividades** pueden ser a pequeña o gran escala; en conjunto, las actividades se llevan a cabo para lograr el objetivo general de la intervención. Las actividades pueden ser cursos de capacitación, mejoras de la prestación de servicios, cambios legislativos o en las directrices, productos informativos o muchas otras cosas.
- Una **medida de política** es una acción, a menudo iniciada por las autoridades, que se emprende para apoyar, permitir o promulgar las actividades y la intervención en su conjunto. Por ejemplo, si la actividad consiste en introducir un nuevo sistema de recordatorios y seguimiento de la vacunación, es posible que deban modificarse las regulaciones para asegurar que todas las personas que administran vacunas estén obligadas a usarlo.

Figura 10. Las intervenciones y sus componentes



CONVIENE SABER

En la figura 7 “Vía para desarrollar una intervención” (véase la página 22), puede consultarse un panorama de las etapas de la FASE 3 y el modo en que se interrelacionan.

Etapa: Traducir los resultados de las FASES 1 y 2 en una intervención

Objetivo

El objetivo de esta etapa es, a partir de los resultados de las FASES 1 y 2, identificar una posible intervención que abarque actividades y medidas de política.

Métodos de trabajo

Se sugiere organizar una reunión del grupo central de PIM, de uno o dos días de duración, para traducir los resultados de las FASES 1 y 2 (revisión de datos, consulta con interesados directos e investigación de PIM) en una intervención. Los ejercicios 3 a 7 pueden ser de ayuda para el grupo central de PIM en esta tarea. Cada ejercicio aprovecha los resultados del ejercicio precedente.

Además de los ejercicios, en los recuadros de inspiración 11 y 12 se aportan ideas sobre posibles actividades para aumentar la cobertura vacunal. Se incluyen asimismo referencias como material de lectura complementario.

Se recomienda que los ejecutores de PIM lean íntegramente todos los ejercicios y recuadros de inspiración antes de empezar esta etapa.

Resultados

Los resultados inmediatos de esta etapa son:

- panorama de la relación entre el objetivo general, los factores COM, los tipos de intervención, y las actividades y medidas de política (véase la figura 11);
- presentación de PowerPoint para el taller con interesados directos y otras actividades de promoción; esta presentación debe contener:
 - panorama del proceso de PIM hasta el presente y pasos siguientes propuestos;
 - resultados de las FASES 1 y 2: resultados de la revisión de datos, comentarios de los interesados directos, resultados de la investigación de PIM;
 - intervención sugerida, con actividades y medidas de política, y en conexión con los resultados de las FASES 1 y 2 (qué, para quién y por qué);
 - posiblemente un cálculo aproximado del presupuesto;
 - preguntas y temas para los interesados directos.
- informe de progreso actualizado.





Figura 11. Cuadro sinóptico de resultados de los ejercicios 3 a 7, sin y con texto de ejemplo

Objetivo	Barreras seleccionadas para abordar (ejercicio 3)	Tipos de intervención seleccionados (ejercicio 4)	Actividades seleccionadas (ejercicios 5 y 6)	Medidas de política seleccionadas (ejercicio 7)
Objetivo general	Capacidad			
	Oportunidad (física)			
	Oportunidad (social)			
	Motivación			

Objetivo	Barreras seleccionadas para abordar	Tipos de intervención seleccionados	Actividades seleccionadas	Medidas de política seleccionadas
90% de niños vacunados puntualmente con DTP3 en todos los dispensarios con desempeño bajo	Capacidad: escaso conocimiento de la inocuidad de la vacuna entre el personal de salud	Información Capacitación	Capacitación, guías de uso y supervisión de apoyo para el personal de salud	Cambio en el plan de estudios de medicina
	Oportunidad (física): sistemas ineficaces y desestructurados de recitación y recordatorio	Capacitación	Capacitación de gerentes de consultorio en nuevas normas de citación y recordatorio de la vacunación	Nuevas normas y directrices nacionales de recitación y recordatorio de la vacunación
	Motivación: personal de salud sobrecargado y estresado	Reestructuración del entorno	Normas actualizadas sobre condiciones de trabajo, remuneración y descripción de puestos	No aplica

Ejercicio 3 Selección de barreras para abordar en la intervención



Objetivos

Los objetivos de este ejercicio son:

- asignar prioridades a las barreras detectadas para la vacunación en su grupo o grupos destinatarios prioritarios;
- acordar algunas barreras que deseen abordar con su intervención.



Pasos del ejercicio

1. Tamizaje y priorización de las barreras

En su informe de investigación, ustedes han detectado ustedes las barreras y los factores facilitadores de la vacunación, según los factores COM, para su grupo o grupos destinatarios prioritarios.

- Seleccionen las barreras que, en su opinión,
 - tienen un **impacto** importante en la cobertura vacunal o la equidad; y
 - pueden **superarse** siendo realistas.
- Repitan eso mismo para cada uno de sus grupos destinatarios prioritarios. Es probable que haya cierto solapamiento y coherencia entre los distintos grupos (p. ej., la insatisfacción con la información a los cuidadores puede coincidir con escasos conocimientos entre el personal de salud).
- Se supone que este paso es un tamizaje rápido. Los debates en detalle deben reservarse para el paso siguiente.
- Sean precisos y eviten categorías excesivamente amplias (p. ej., el "conocimiento" puede subdividirse en los distintos campos en los que haya escasos conocimientos).
- Si no se alcanza un acuerdo en el grupo, es preferible mantener de momento la barrera en la lista. Seleccionen diez barreras como máximo.
- Toda barrera que no seleccionen en esta fase ya no se tendrá más en cuenta en este proceso de PIM.

2. Debate a fondo de las barreras seleccionadas y clasificación

- En primer lugar, para cada barrera, debatan la necesidad o urgencia: ¿qué tan importante o urgente es abordar esta barrera?
 - Clasifiquen las barreras por orden de mayor (5) a menor (1) necesidad o urgencia.
- A continuación, debatan para cada barrera la **factibilidad**: ¿qué tan realista es superar esta barrera?
 - Clasifiquen las barreras por orden de mayor (5) a menor (1) factibilidad.

3. Uso de la clasificación para seleccionar qué barreras abordar

- Seleccionen hasta tres barreras. El número de barreras seleccionadas dependerá de los recursos de que dispongan para su intervención. Si más adelante decidieran que tres barreras son demasiadas o demasiado pocas, pueden volver a este ejercicio para reducir o aumentar su número.
- Anoten a qué factores COM se asocian las tres barreras seleccionadas.

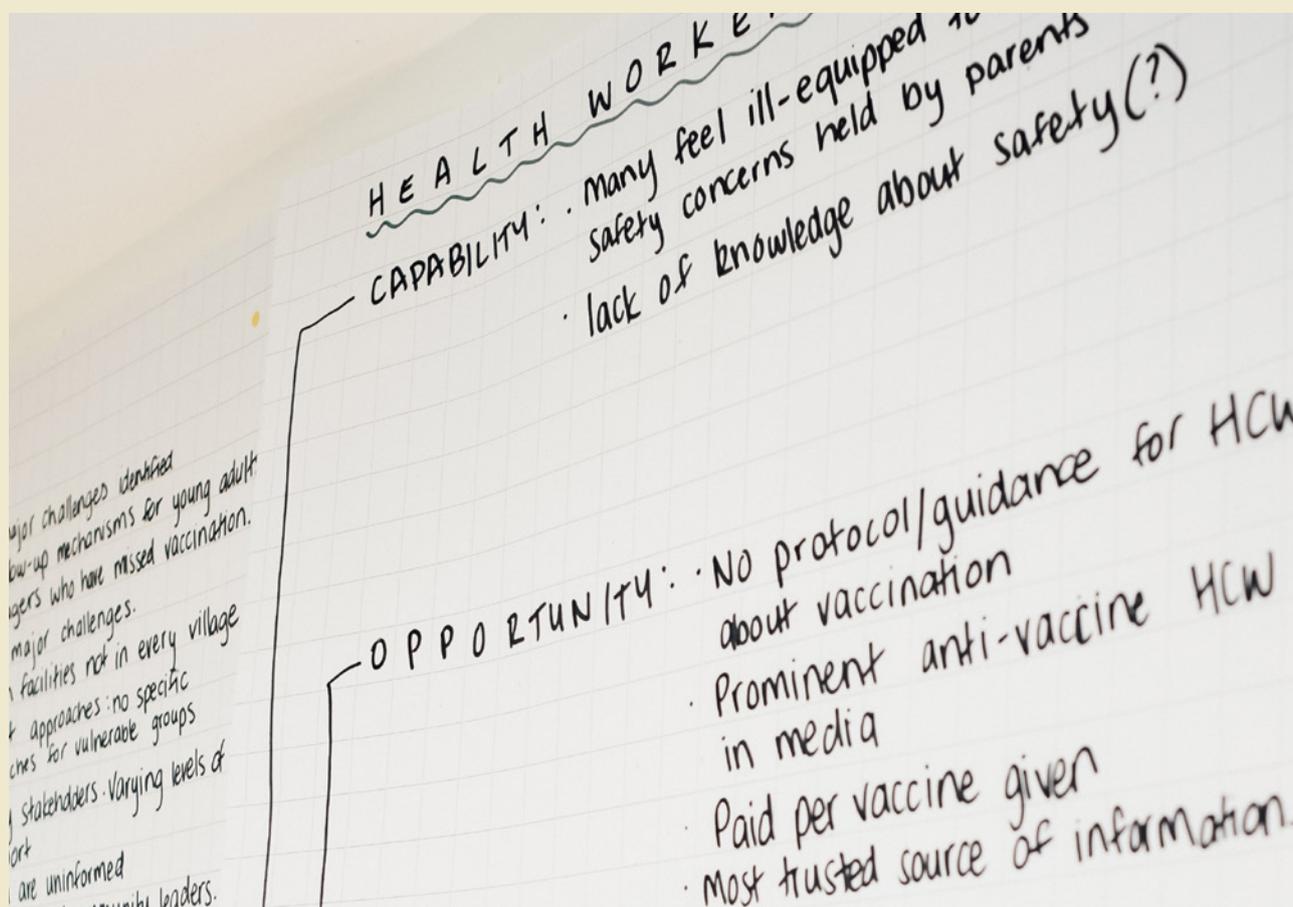
Ejercicio 4 Determinación de posibles tipos de intervención para las barreras seleccionadas



Objetivos

Los objetivos de este ejercicio son:

- familiarizarse con los posibles tipos de intervención existentes;
- determinar los tipos de intervención pertinentes para las barreras seleccionadas.



CONVIENE SABER

Un **tipo de intervención** es una categoría amplia de actividades destinadas a cambiar el comportamiento. Un tipo de intervención puede aplicarse a una sola persona, a un grupo o a una población; y puede abordar también más de un factor COM. Su intervención constará de uno o varios tipos de intervención.

Pasos del ejercicio

1. Examinen los posibles tipos de intervención.

- Echen un vistazo al cuadro de ejercicio 4.1, que contiene la gama completa de posibles tipos de intervención a su disposición. Tómense el tiempo necesario para leerlo íntegro.

Cuadro de ejercicio 4.1. **Lista de tipos de intervención, con definiciones y ejemplos**
(intervenciones dirigidas al personal de salud para que se vacune contra la influenza)

Tipo de intervención	Definición (21)	EJEMPLOS DE ACTIVIDADES
Información (educación)	Aumento del conocimiento o la comprensión	Campaña con carteles sobre los riesgos y síntomas de la gripe Datos sobre inocuidad y eficacia de las vacunas en el recibo de sueldo de los empleados Prospectos con información sobre medidas de control de las infecciones
Persuasión	Uso de la comunicación para suscitar sentimientos (positivos o negativos) o estimular la acción	Campaña con carteles para transmitir mensajes formulados en términos de pérdida o ganancia, con el fin de suscitar sentimientos y acción; por ejemplo, "¿cómo se sentiría si su familia enfermara porque usted no se puso la vacuna contra la influenza gratuita?"
Incentivación	Creación de expectativa de una recompensa	Los incentivos pueden ser modestos, como boletos gratis para el cine o vales de comida Más vacaciones o pequeño aumento salarial (que podrían llegar a considerarse coacción según la cuantía del incentivo)
Coacción	Creación de expectativa de un castigo o costo	Obligación por ley de la vacunación contra la influenza para el personal de salud Especificación de la vacuna en el contrato laboral para el personal de salud Establecimiento por parte de los organismos de salud de requisitos de vacunación estrictos para el personal de salud Obligación de usar mascarilla durante la temporada de influenza, solo para el personal de salud que no esté vacunado Traslado del personal de salud no vacunado fuera de las zonas en las que su estado pueda tener repercusiones importantes (p. ej., unidades de cuidados intensivos o de hematología)
Capacitación	Desarrollo de habilidades	Capacitación impartida a los vacunadores sobre cómo comunicarse con el personal de salud en relación con la vacunación contra la influenza
Restricción	Uso de normas para reducir la oportunidad de incurrir en el comportamiento que se desea evitar	Aplicación de políticas para que el personal de salud no vacunado use mascarilla con el fin de proteger a los pacientes
Reestructuración del entorno	Cambio del contexto físico o social	Flexibilidad de oportunidades para vacunarse contra la influenza en el lugar de trabajo Envío de mensajes y carteles informativos visibles para anunciar la disponibilidad de la vacuna Envío de mensajes de texto y recordatorios al personal de salud para que se vacune contra la influenza Exhortación a la vacunación contra la influenza por parte de la gerencia
Modelo	Personas que puedan servir de ejemplo o modelo a imitar	Identificación de personas influyentes clave entre el personal de salud, para usarlas como embajadores que fomenten la vacunación contra la influenza

2. Vinculación de las barreras seleccionadas con los tipos de intervención

En el ejercicio 3, ustedes seleccionaron las barreras (y los factores COM asociados) que desean abordar. Este paso les ayudará ahora a decidir cómo abordarlas.

- Usen el cuadro de ejercicio 4.2 para determinar los tipos de intervención recomendados para el factor o los factores COM asociados a las barreras seleccionadas.
- Las casillas con el símbolo ● corresponden al tipo de intervención recomendado para cada factor COM. Por ejemplo, si identificaron ustedes una barrera de "capacidad", los tipos de intervención recomendados son "información" y "capacitación".
- Rellenen el cuadro de ejercicio 4.3 con sus barreras seleccionadas (y los factores COM asociados) y los correspondientes tipos de intervención recomendados.

Cuadro de ejercicio 4.2. **Matriz de vinculación entre factores COM y tipos de intervención** (21)

Tipo de intervención	Factor COM			
	Capacidad	Oportunidad física	Oportunidad social	Motivación
Información (educación)	●			●
Persuasión				●
Incentivación				●
Coacción				●
Capacitación	●	●		●
Restricción		●	●	
Reestructuración del entorno		●	●	●
Modelo			●	●

Cuadro de ejercicio 4.3. **Cuadro sinóptico de barreras con factores COM y tipos de intervención**

Barrera	Factor COM	Tipos de intervención recomendados para este factor COM

Ejercicio 5 Consideración de posibles actividades dentro de la intervención



Objetivo

El objetivo de este ejercicio es:

- iniciar el debate sobre las posibles actividades en relación con sus tipos de intervención. Este debate inicial sobre actividades les permitirá asignar las prioridades.

Pasos del ejercicio

1. Para cada barrera, posibles actividades en forma de lluvia de ideas

- Identifiquen actividades pertinentes para los tipos de intervención seleccionados en el ejercicio 4. Es posible que tengan algunas actividades más que deseen incluir.
- Hay muchos ejemplos de actividades en el cuadro de ejercicio 4.1 (véase la página 62) y en los recuadros de inspiración 11 y 12 (véanse las páginas 68 a 78).
- Den rienda suelta a sus pensamientos en esta fase. Está prohibido decir “eso es imposible”. Se trata de un debate inicial.

2. Debate del contenido y la ejecución

- Para cada actividad, usen las siguientes preguntas para estimular el pensamiento:
 - ¿Cuál es el contenido de la actividad?
 - ¿Cuándo se ejecutará la actividad?
 - ¿Dónde se ejecutará la actividad?
 - ¿Quién ejecutará la actividad?
- Contesten estas preguntas para cada actividad. Den rienda libre a sus pensamientos en esta fase.
- Como parte del ejercicio, analicen nuevamente los **factores facilitadores** de la vacunación en su grupo destinatario, ya establecidos en las FASES 1 y 2. Se ofrecen a continuación algunas indicaciones importantes sobre enfoques, estrategias o mensajes que pueden usar para su intervención:
 - Por ejemplo, si se ha establecido que la confianza en las enfermeras es un factor facilitador para los cuidadores, las actividades deben aprovechar esta confianza. Quizá haya que formar a las enfermeras; quizá las enfermeras puedan asumir más tareas en relación con la vacunación; quizá las enfermeras deban involucrarse en las actividades informativas o educativas dirigidas a los cuidadores.
- Consideren la posibilidad de trabajar en grupos pequeños y reúnanse después para debatir en común sus ideas.

Ejercicio 6 Priorización y selección de las actividades



Objetivos

Los objetivos de este ejercicio son:

- debatir sus actividades en función de seis criterios;
- priorizar las actividades y seleccionar algunas de ellas.

- En todos los seis criterios, pueden decidir que necesitan más información para poder hacer este ejercicio (p. ej., pueden tener que hablar con algunos interesados clave sobre la factibilidad, o consultar la bibliografía sobre eficacia y rentabilidad).
- Consideren la posibilidad de trabajar en grupos pequeños y reunirse luego para debatir en común las puntuaciones y acordar qué actividades seleccionar.
- Si tienen más de un grupo destinatario (p. ej., cuidadores y personal de salud), tendrán que repetir este ejercicio para cada grupo.

Pasos del ejercicio

1. Puntuación de cada actividad

- Puntúen cada una de las actividades establecidas en el ejercicio 5 de “poco” (1) a “mucho” (5), en función de los siguientes criterios:
 - ¿Es **asequible**? ¿Puede aplicarse al grupo destinatario sin salirse del presupuesto?
 - ¿Es **práctica**? ¿Puede aplicarse al grupo destinatario?
 - ¿Es **eficaz**? ¿Cuánta repercusión podría llegar a tener, siendo realistas?
 - ¿Está **centrada en la equidad**? ¿Cuánta repercusión podría tener sobre la equidad?
 - ¿Es rentable? ¿Cómo de eficaz es en comparación con el costo?
 - ¿Es **aceptable**? ¿Cómo de adecuada es para los diferentes interesados directos?

2. Priorización de las actividades

- Rellenen el cuadro de ejercicio 6.1 con sus puntuaciones.
- Puntúen cada criterio de “poco” (1) a “mucho” (5).
- Debatan y pónganse de acuerdo en un número limitado de actividades que consideren asequibles, practicables, eficaces, rentables, centradas en la equidad y aceptables. El número de actividades seleccionadas dependerá de los recursos de que dispongan.
- Según el contexto, algunos criterios pueden ser más importante que otros (p. ej., pueden optar por ponderar las puntuaciones para conceder más valor a la equidad).
- Las actividades pueden abordar más de una barrera.

Cuadro de ejercicio 6.1. **Priorización de las actividades**

Actividades del ejercicio 5	Asequible	Práctica	Eficaz	Centrada en la equidad	Rentable	Aceptable

Actividades seleccionadas:

Ejercicio 7 Posibles medidas de política en respaldo de las actividades



Objetivos

El objetivo de este ejercicio es:

- establecer medidas de política que sean pertinentes para apoyar las actividades.

Pasos del ejercicio

1. Valoración de posibles medidas de política

- Echen un vistazo al cuadro de ejercicio 7.1, con la gama completa de posibles medidas de política que pueden usarse. Tómense el tiempo necesario para leerlas todas.

Cuadro de ejercicio 7.1. Definiciones y ejemplos de medidas de política

Medidas de política	Definición (21)	EJEMPLOS
Directrices	Creación de documentos que recomienden u ordenen la práctica (incluye todos los cambios relativos a la prestación de servicios)	Directrices sobre atención prenatal (vacunación durante el embarazo) Directrices para el personal de salud sobre atención a pacientes o cuidadores reticentes
Medidas fiscales	Uso del sistema fiscal para reducir o aumentar el costo económico	Modificación de impuestos para el personal de salud a modo de incentivo
Regulaciones	Establecimiento de reglas o principios de comportamiento o de práctica	Procedimiento normalizado de trabajo para el seguimiento de pacientes infravacunados Mecanismos uniformes para dar citas y repetirlas Regulaciones para incentivar al personal de salud de modo que invierta más tiempo o formación en vacunación
Legislación	Dictado o modificación de leyes	Diferentes formas de obligación de vacunar (p. ej., control obligatorio de vacunación en el momento de la escolarización) Cambio de la estructura del programa: centralización, descentralización Ofrecimiento de orientación a pacientes o cuidadores sobre vacunas, o introducción de formularios obligatorios de consentimiento
Planificación social o del entorno	Diseño o control del ambiente físico o social	Ofrecimiento de vacunación en nuevos entornos fuera del sistema rutinario de vacunación (p. ej., farmacias, ayuntamientos o competiciones deportivas; vacunación en la escuela)
Prestación de servicios	Incorporación de nuevos servicios a las prestaciones ya existentes	Ofrecimiento (a cuidadores o pacientes) de información y educación, actividades de capacitación, talleres o seminarios en el establecimiento de salud Posibilidad de consentimiento para los adolescentes Procesos electrónicos de consentimiento

2. Vinculación de las actividades seleccionadas con medidas de política

- Repasen una por una las actividades seleccionadas y debatan si alguna de las medidas de política podría ser esencial o útil en respaldo de cada actividad.
- Determinen los interesados directos con los que deberían colaborar para hacer posible cada medida.
- Rellenen el cuadro de ejercicio 7.2 para obtener un cuadro sinóptico de sus actividades con las medidas de política seleccionadas.

Cuadro de ejercicio 7.2. Cuadro sinóptico de actividades y medidas de política

Actividad	Medidas de política	Detalles (cómo y con qué interesados directos)

CONVIENE SABER

Una **medida de política** es una acción, a menudo iniciada por las autoridades, que se emprende para apoyar, permitir o promulgar las actividades y la intervención en su conjunto. Cabe señalar que las actividades pueden estar también relacionadas con la política; no obstante, este ejercicio es solo para verificar si es preciso emprender medidas de política para apoyar o permitir las actividades o la intervención seleccionadas. Por ejemplo, es posible que deban modificar las regulaciones para introducir un nuevo sistema de recordatorio o seguimiento de la vacunación.



Recuadro de inspiración 11.



POSIBLES ACTIVIDADES

A modo de inspiración para planificar intervenciones de PIM, en el cuadro 4 se ofrece un panorama de las actividades posibles, elaborado a partir de los datos científicos y conocimientos actualmente disponibles, procedentes de diversos campos de investigación y aplicación, como la psicología, la antropología médica, la sociología, las ciencias sociales y la comunicación. No todas las actividades sugeridas están suficientemente ensayadas como para considerarse mejores prácticas.

Se han llevado a cabo algunas revisiones bibliográficas sobre cobertura y demanda de la vacunación con el fin de evaluar la eficacia de diversas estrategias para reducir la reticencia o aumentar la confianza y la vacunación (7,8,10,24,25,26). Algunos puntos clave extraídos de estas revisiones bibliográficas son:

- Las intervenciones con **varias actividades** parecen ser más eficaces que las de una sola actividad. Concretamente en el caso de las comunidades marginadas y subatendidas, las intervenciones complejas y diseñadas localmente pueden ser eficaces para reducir las desigualdades.
- Entre las estrategias eficaces documentadas para aumentar la cobertura vacunal se cuentan las que **facilitan oportunidades de vacunar**, que hacen de la vacunación el comportamiento más fácil, cómodo y predeterminado, y donde la interacción personal entre el paciente o cuidador y el profesional de salud proporciona tranquilidad, genera confianza y ofrece la información correcta.
- Las intervenciones centradas en **procesos sociales** (p. ej., las relacionadas con normas sociales o el altruismo) son un campo prometedor, pero que precisa aún de más datos científicos para confirmar su impacto.
- Para que sean eficaces, se recomienda que las intervenciones se basen en un **modelo teórico**,

datos empíricos y un análisis de la situación; y un marco de planificación como puede ser PIM.

Advertencias

- A partir de las publicaciones sobre reticencia y demanda de la vacunación, **no es posible destacar una sola** o unas pocas actividades específicas como las más eficaces para aumentar la cobertura vacunal.
- A nivel individual, se han llevado a cabo numerosos estudios experimentales (algunos prometedores) para evaluar el modo en que determinados tipos concretos de mensajes repercuten en las **percepciones e intenciones de las personas** para vacunarse. Sin embargo, falta aún su implantación en gran escala para poder documentar plenamente su auténtica repercusión.
- Se ha observado que muchas **herramientas informativas y educativas** tradicionales —como hojas informativas o carteles— no son eficaces y repercuten poco o nada en la reticencia a la vacunación, o incluso entrañan el riesgo de reforzar la reticencia.
- Los datos científicos revelan que la comunicación sobre el **riesgo de las enfermedades** puede cambiar la percepción de los riesgos, pero a menudo no tiene el efecto previsto en la intención de vacunarse.
- Tratar de **corregir ideas erróneas** acerca de la vacunación puede tener el efecto contrario; esto es, puede incluso reforzar la idea errónea en la persona que recibe la información.

Las actividades indicadas en el cuadro 4 deben abordarse con estas advertencias bien presentes. Las actividades nacionales o locales de PIM pueden inspirarse en las sugerencias del cuadro, pero deben apoyarse siempre en el conocimiento obtenido de los estudios de investigación efectuados.



Recuadro (continuación) —>

POSIBLES ACTIVIDADES

Cuadro 4. Lista inspiradora de posibles intervenciones, actividades y medidas de política relacionadas con factores COM

 Capacidad		Recomendado Información, capacitación	No recomendado Persuasión, incentivación, coacción, restricción, reestructuración del entorno, modelo. Véase el cuadro de ejercicio 4.2
Tipo de intervención	Definición	Posibles actividades y medidas de política	
Información	Aumento del conocimiento o la comprensión	Campañas de información a medida, debates o actividades de capacitación para cuidadores o comunidades específicas, disponibles en diversas ubicaciones (27) y preparadas a partir de las indagaciones obtenidas en la investigación de PIM Registros de vacunación infantil en el hogar (28) Personal de salud que proporciona de forma personal información clara y equilibrada sobre los riesgos y ventajas de la vacunación, y calendario de vacunación infantil (26,27) Personal de salud que proporciona (de forma personal) información adaptada a la postura de la persona ante la vacunación (aceptación, reticencia, rechazo) (25,27,29) Enfermeras capacitadas de visita a domicilio que proporcionan información adaptada a los cuidadores (30) Guías de uso para el personal de salud (7,24) Directrices claras para el personal de salud Capacitación del personal de salud para aumentar el conocimiento sobre vacunas, enfermedades prevenibles por vacunación y contraindicaciones (7,24)	
Capacitación	Desarrollo de habilidades	Educación escolar para los niños, que desarrolle las habilidades de pensamiento crítico y conocimientos básicos sobre la salud Capacitación del personal de salud en medidas para aliviar el dolor (31,32) Capacitación del personal de salud en apoyo y comunicación con los cuidadores, con aportación de información pertinente y adecuada (29) Supervisión de apoyo para el personal de salud (33,34)	

Continúa en la página siguiente —>

Recuadro (continuación) —>

POSIBLES ACTIVIDADES



Oportunidad

FÍSICA

Recomendado

Capacitación,
restricción,
reestructuración del
entorno

No recomendado

Información, persuasión,
incentivación, coacción, modelo.
Véase el **cuadro de ejercicio 4.2**

Tipo de intervención	Definición	Posibles actividades y medidas de política
Capacitación	Desarrollo de habilidades	<ul style="list-style-type: none"> Gerentes de establecimiento de salud capacitados para proporcionar supervisión de apoyo (33,34)
Restricción	Uso de normas	<ul style="list-style-type: none"> Vacunación infantil obligatoria: puede ir de cumplimiento limitado a estricto (35,36,37) Uso obligatorio de sistemas de vigilancia para detectar vacunaciones perdidas Uso obligatorio de recordatorios y seguimiento de la vacunación en un plazo fijo desde la vacunación perdida en los establecimientos de salud Vacunación obligatoria del personal de salud (38,39)
Reestructuración del entorno	Cambio del contexto físico	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo suficiente para las consultas de vacunación Mayor comodidad de los servicios de vacunación (p. ej., en relación con horario de atención, posibilidad de acudir sin cita previa, ubicación, tiempo de espera, petición de cita, actividades de extensión) Zonas de espera y salas de vacunación acogedoras, cómodas y adaptadas a los niños Sistemas estructurados y que funcionen bien para vigilar y detectar la ausencia de vacunación y la infravacunación (40) Sistemas de recordatorios y seguimiento estructurados y que funcionen bien (8,22) Costos directos (e indirectos) mínimos para quienes se vacunen (41) Reducción del desabastecimiento de vacunas Reestructuración (p. ej., mayor participación de las enfermeras u otro personal en diversas tareas) Aumento del personal de salud (p. ej., en zonas con poblaciones desfavorecidas) Legislación para eliminar barreras o aumentar la equidad (p. ej., reforzando el derecho de las poblaciones marginadas, móviles, migrantes o no registradas a acceder a la vacunación) Reducción de las oportunidades desaprovechadas de vacunación mediante integración de la vacunación con otros servicios (de salud); p. ej., visitas a domicilio o revisiones de pediatría Condiciones de trabajo propicias para el personal de salud, (incl. remuneración justa y descripción adecuada de los puestos) Guías de uso que respalden la interacción del personal de salud con los cuidadores (7,24) Registros de vacunación infantil en el hogar (28)



Recuadro (continuación) —>

POSIBLES ACTIVIDADES



Oportunidad

SOCIAL

Recomendado

Restricción,
reestructuración del
entorno, modelo

No recomendado

Información, persuasión,
incentivación, coacción,
capacitación. Véase el **cuadro
de ejercicio 4.2**

Tipo de intervención	Definición	Posibles actividades y medidas de política
Restricción	Uso de normas	<ul style="list-style-type: none"> • Controles de vacunación en el momento de la escolarización (71) • Otros tipos de obligación de vacunar, con restricción de la interacción social para quienes no se vacunen (36)
Reestructuración del entorno	Cambio del contexto social	<ul style="list-style-type: none"> • Mejores oportunidades para que el personal de salud apoye a los cuidadores, genere confianza y fomente la aceptación de las vacunas; para ello, hay que cerciorarse de que el personal de salud: posea el conocimiento científico necesario; recomiende las vacunas; ofrezca respuestas satisfactorias a las preguntas de las personas; no se muestre condescendiente ni apresurado; trate a los pacientes de forma personalizada (27) • Capacitación del personal de salud en el uso de enfoques apropiados y la elección de estructuras (p. ej., entrevista motivacional y recomendación clara por parte del personal de salud) (16,29,42,43) • Orientación sobre cómo debe conversar el personal de salud con los pacientes sobre vacunación • Tarjetas sanitarias con casillas de vacunación para marcar (28) • Rutinas reforzadas del personal de salud (p. ej., comprobación rutinaria del estado de vacunación en todas las consultas; seguimiento rutinario de pacientes no vacunados) (44) • Entorno propicio para el personal de salud con apoyo por parte de la gerencia y los colegas, supervisión de apoyo, y apoyo por parte del sistema general de salud • Participación del personal de salud como abanderados de la causa, que animen a sus colegas a vacunar • Personalidades y personas influyentes involucradas en promover la vacunación (médicos especialistas, enfermeras domiciliarias, profesores, líderes comunitarios, periodistas, parlamentarios, otros)
Modelo	Ejemplos para imitar	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud que muestra sus comportamientos de vacunación y los usa para promover entre el mismo personal las prácticas correctas de vacunación • Personal de salud que da ejemplo ante sus pacientes (p. ej., confirmando que se han vacunado o que han vacunado a sus hijos) (10,16) • Miembros de la comunidad que muestran sus comportamientos de vacunación y los usan para promover las prácticas correctas de vacunación en la comunidad • Líderes comunitarios que dan ejemplo ante otros miembros de la comunidad (p. ej., confirmando que se han vacunado o han vacunado a sus hijos)

Recuadro (continuación) —>

POSIBLES ACTIVIDADES



Motivación

Recomendado

Información, persuasión, incentivación, coacción, capacitación, reestructuración del entorno, modelo

No recomendado

Restricción. Véase el **cuadro de ejercicio 4.2**

Tipo de intervención	Definición	Posibles actividades y medidas de política
Información	Aumento del conocimiento o la comprensión	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación sencilla y clara del calendario de vacunación • Ayuda para la toma de decisiones basada en la evidencia en apoyo de la decisión fundamentada sobre vacunación (29) • Apoyo de autoafirmación mediante campañas basadas en la identidad (45) fundamentadas por la investigación de PIM • Personal de salud que proporciona de forma personal información clara y equilibrada sobre los riesgos y ventajas de la vacunación, y el calendario de vacunación infantil (26,27) • Personal de salud que proporciona (de forma personal) información adaptada a la postura de una persona ante la vacunación (aceptación, reticencia, rechazo) (25,27,29)
Persuasión	Comunicación de sentimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Ensayo de mensajes emocionales antes de usarlos, para evitar reacciones emocionales negativas o efectos contraproducentes por refuerzo de una percepción negativa de la vacunación (46) • Evitación de términos categóricos al explicar que el riesgo es nulo o pequeño (47) • Comunicación del concepto de inmunidad colectiva (la vacunación protege no solo a la persona vacunada) (48) • Conversación sobre riesgos que las personas comprendan (p. ej., sepsis, influenza), mejor que sobre riesgos difíciles de relacionar (49) • Énfasis en las normas sociales según las cuales vacunarse es normal, es lo correcto y es socialmente responsable (50) • Conveniencia de hablar a las cosmovisiones del paciente o cuidador, respetarlas y explorar cómo podría encajar la vacunación en ellas (51)
Incentivación	Expectativas de recompensa	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivos para los niños y adolescentes (8) o los cuidadores (52) • Incentivos para los vacunadores; p. ej., pagos (53) o reducción de impuestos (36) para el personal de salud que vacune
Coacción	Castigo o costo	<ul style="list-style-type: none"> • Apelación a posibles remordimientos futuros en caso de no vacunar si el niño enfermara (10)



Recuadro (continuación) —>

POSIBLES ACTIVIDADES



Motivación

Recomendado

Información, persuasión, incentivación, coacción, capacitación, reestructuración del entorno, modelo

No recomendado

Restricción. Véase el **cuadro de ejercicio 4.2**

Tipo de intervención	Definición	Posibles actividades y medidas de política
Capacitación	Desarrollo de habilidades	<ul style="list-style-type: none"> Aumento de la confianza en el personal de salud y reducción del temor a efectos adversos de las vacunas; mediante mayor conocimiento y mejores oportunidades de capacitación profesional y educación
Reestructuración del entorno	Contexto físico o social	<ul style="list-style-type: none"> Uso de recordatorios mencionando que otras personas de su entorno se vacunan, para indicar las expectativas sociales de vacunación Uso de controles en el momento de la escolarización para indicar las expectativas sociales de vacunación (71) Creación de un entorno propicio y motivador para el personal de salud y los pacientes o cuidadores en los establecimientos de salud, basado en las indagaciones derivadas de la investigación local de PIM
Modelo	Ejemplos para imitar	<ul style="list-style-type: none"> Participación de pares o personalidades influyentes con el fin de influir en las normas y valores individuales y los sentimientos con respecto a vacunación; tanto para pacientes o cuidadores como para el personal de salud Desarrollo o participación en aplicaciones o plataformas de redes sociales existentes en las que se compartan comportamientos o se comparen con el de los amigos

El énfasis en normas sociales según las cuales vacunarse es normal, es lo correcto y es socialmente responsable puede aumentar la motivación.



Recuadro de inspiración 12.



FACTORES PSICOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN LA CAPACIDAD Y MOTIVACIÓN INDIVIDUALES.

A nivel individual, la capacidad de vacunarse y la motivación para vacunarse se ven afectadas por diversos factores conscientes e inconscientes. La investigación psicológica ha revelado que los comportamientos en materia de salud se ven afectados por las llamadas “heurísticas” (54,55,56): atajos mentales (a menudo inconscientes) que influyen en las decisiones y percepciones acerca de la vacunación. Influyen asimismo en el modo en que reciben y perciben la comunicación y las intervenciones relacionadas con la vacunación.

En el cuadro 5 se indican algunas heurísticas frecuentes.

Se ofrece también algo de asesoramiento sobre cómo pueden tenerse en cuenta estos mecanismos a la hora de planificar intervenciones. Este asesoramiento hace referencia a las intervenciones pertinentes para la capacidad y la motivación, como la información, la persuasión, la incentivación, la coacción, la capacitación, los modelos y la reestructuración del entorno.

Cuadro 5. **Conceptos conductuales derivados de la investigación psicológica** (46,54-67)

En resumen	Heurística (atajo mental)	Significado	Enseñanza	Al desarrollar una intervención, consideren la posibilidad de...
Los seres humanos preferimos elecciones sencillas	Disonancia cognoscitiva y sobrecarga de información	La información y opiniones en conflicto, demasiadas opciones y demasiada información son estresantes y dificultan la toma de decisiones y el cambio de comportamiento. Un mito breve es más fácil de recordar que una explicación de por qué no es cierto.	Menos quizá sea más	Centrarse en presentar soluciones y evitar todo exceso de complejidad, elecciones e información general. <ul style="list-style-type: none"> • Calendario de vacunación fácil de captar a primera vista • Ayuda para la toma de decisiones de vacunación basada en la evidencia
Los seres humanos preferimos la situación existente	Efecto pre-determinado	Tenemos más probabilidad de aceptar los comportamientos que se nos presentan como una opción predeterminada, en lugar de elección abierta.	Hay que elegir sabiamente la opción pre-determinado	¿Cómo se presenta la vacunación: como una elección o como un hecho? ¿Puede cambiarse? ¿Puede reformularse? <ul style="list-style-type: none"> • Enviar fechas preprogramadas de vacunación a los pacientes, con opción a cambiarlas o cancelarlas • Considerar la vacunación como predeterminada u obligatoria para todos, con oportunidades complejas de renuncia • Médicos que remiten para vacunación como la norma (enfoque de presunción) • Tarjetas sanitarias con casillas de vacunación para marcar



Recuadro (continuación) —>

FACTORES PSICOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN LA CAPACIDAD Y MOTIVACIÓN INDIVIDUALES

En resumen	Heurística (atajo mental)	Significado	Enseñanza	Al desarrollar una intervención, consideren la posibilidad de...
Los seres humanos nos vemos influidos por nuestros semejantes	Norma descriptiva	El comportamiento de nuestros semejantes influye en nuestro propio comportamiento. Miramos a los demás para definir qué es aceptable y deseable.	Conversación sobre qué hacen otras personas relevantes	Utilizar el poder de las comunidades; p. ej., definidas por geografía, cultura, edad, sexo, nivel socioeconómico, nivel educativo, profesión, religión, creencias, opiniones, intereses (incl. en línea). <ul style="list-style-type: none"> • Activistas o líderes comunitarios implicados y capacitados para promover comportamientos saludables • Aplicaciones o plataformas de redes sociales donde se compartan comportamientos o se comparen con los de los amigos
	Comparación social	Nos comparamos con las personas con las que nos identificamos, y queremos hacer las cosas como ellos... o mejor.	Conversación sobre qué hacen otras personas relevantes	Utilizar el poder de las comunidades; p. ej., definidas por zona geográfica, cultura, edad, sexo, nivel socioeconómico, nivel educativo, profesión, religión, creencias, opiniones, intereses (incluido en línea). <ul style="list-style-type: none"> • Conveniencia de compartir opiniones, objetivos y comportamientos en las redes sociales • Oportunidades de mostrar comportamientos: "Yo me vacuno"
Los seres humanos somos	Anclaje	Cuando algo se ha anclado en nuestra percepción de cierta manera, filtramos toda nueva información en función de ese anclaje.	Seamos quienes fijan el anclaje	Fijar el anclaje e influir en el filtro usado para la nueva información. <ul style="list-style-type: none"> • Garantía de debate público, enlace con interesados creadores de opinión y generación de comprensión e incluso demanda pública antes de promulgar nuevas leyes (p. ej., vacunación obligatoria) o nuevas estructuras de servicios de salud (p. ej., enfermeras en lugar de médicos; servicios en nuevos lugares) • Esfuerzo por hacer de la primera vacunación del bebé una buena experiencia; los datos científicos indican que esto influye en la actitud de la madre hacia la vacunación
	Sesgo de confirmación	Tendemos a confiar en la información que está conforme con lo que ya creemos, y buscamos información que lo confirme.	Las personas creen en lo que ya creen que es verdad	Prever posibles necesidades informativas y aportar de información conforme con lo que buscan las personas. <ul style="list-style-type: none"> • Escuchar las inquietudes de las personas y comunicar los riesgos de forma clara • Al escribir sobre inocuidad de las vacunas, presentar los riesgos y peligros como términos de búsqueda, porque eso es lo que buscan las personas

Recuadro (continuación) —>

FACTORES PSICOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN LA CAPACIDAD Y MOTIVACIÓN INDIVIDUALES

En resumen	Heurística (atajo mental)	Significado	Enseñanza	Al desarrollar una intervención, consideren la posibilidad de...
	Efecto contra-productivo de la cosmovisión	Cuando oímos información que contradice nuestra cosmovisión, paradójicamente puede reforzar nuestra cosmovisión.	Tratemos de abrir puertas	<p>Valorar la cosmovisión de las personas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo de la autoafirmación antes de presentar información potencialmente contradictoria; p. ej., campaña dirigida a padres alternativos con lemas como "uso pañales de tela, soy vegetariano... y creo en las vacunas" • Uso de marcos diferentes; p. ej., si se concede importancia a la naturaleza, afirmar que las vacunas refuerzan y entrenan el sistema inmunitario natural (en lugar de tener que inyectar sustancias químicas)
Los sentimientos suelen ser más fuertes que los razonamientos	Heurística de disponibilidad	Los seres humanos tendemos a tomar decisiones por intuición y a juzgar la probabilidad de los sucesos por la facilidad con que llegan a nuestra mente. Los efectos secundarios pueden sentirse más probables que la enfermedad porque podemos imaginarlos más fácilmente en nuestra mente.	Lo que acude con facilidad a la mente no siempre es correcto	<p>Proporcionar ejemplos que sean fáciles de imaginar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar que las enfermedades prevenibles por vacunación pueden tener consecuencias como un riesgo mayor de sepsis o cardiopatías
	Heurística afectiva	Las emociones influyen con frecuencia en el comportamiento más que el conocimiento.	Usemos el contexto para influir en los pensamientos y los sentimientos	<p>Usar la investigación y puesta a prueba con grupos destinatarios para aprender sobre los desencadenantes que generan emociones positivas y negativas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de mensajes emocionales para captar la atención y el interés • Uso de directrices para aliviar el estrés y el dolor en los procedimientos de vacunación, con el fin de lograr una experiencia positiva
	Efecto facilitador	Nuestros comportamientos se ven afectados por desencadenantes (a menudo inconscientes) que generan determinados pensamientos o emociones.	Usemos el contexto para influir en los pensamientos y los sentimientos	<p>Usar la investigación y puesta a prueba con grupos destinatarios para aprender sobre los desencadenantes que generan pensamientos y emociones positivos y negativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consideración del mobiliario, la decoración, y el sonido (p. ej., música de fondo o no, y de qué tipo) de los dispensarios y la vestimenta del personal de salud como posibles desencadenantes que influyen en los comportamientos



Recuadro (continuación) —>

FACTORES PSICOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN LA CAPACIDAD Y MOTIVACIÓN INDIVIDUALES

En resumen	Heurística (atajo mental)	Significado	Enseñanza	Al desarrollar una intervención, consideren la posibilidad de...
La presentación es decisiva	Aversión a la pérdida Efecto de seguridad Efecto de marco	En la evaluación de riesgos, los seres humanos tendemos a preocuparnos más por evitar pérdidas que por obtener ganancias. Un marco de pérdidas permite aumentar la concientización. También puede suscitar intensas reacciones emocionales como la ira, que llevan a mostrar el comportamiento opuesto; sobre todo en las personas que no son favorables a la vacunación.	Hay que elegir sabiamente las palabras	Ser cuidadosos y ensayar los mensajes a fondo con sus públicos seleccionados. Es posible que sus mensajes (sobre todo los relacionados con riesgos) tengan el efecto contrario al deseado.
	Sesgo de negatividad	Tendemos a prestar más atención a la información negativa (hay riesgo) que a la positiva (no hay riesgo). Encontramos la información negativa más creíble que la positiva.	Tenemos una concientización especial para el riesgo	Entender que los mensajes negativos de los adversarios (p. ej., antivacunas) pueden percibirse como creíbles. <ul style="list-style-type: none"> • Evitación de términos categóricos al explicar que el riesgo es nulo o pequeño
Los hábitos son poderosos	Efecto de sustitución	Los hábitos son mecanismos poderosos que pueden utilizarse de forma proactiva.	Hay que aprovechar los hábitos	Explorar modos de aprovechar los hábitos y estructuras ya establecidos. <ul style="list-style-type: none"> • Inclusión del seguimiento de la vacunación en otros actos relacionados con la salud • Estado de vacunación en las consultas • Reforzamiento de los hábitos de secretarías o enfermeras para supervisar y seguir de forma sistemática a los pacientes no vacunados
El momento y el lugar propicios son decisivos	Efecto de oportunidad	La incitación en el momento y el lugar propicios aumenta nuestra probabilidad de cambiar los comportamientos..	Hay que incitar la decisión en el lugar y el momento propicios	Aprovechar momentos y lugares en los que las personas estén abiertas al cambio y listas para actuar. <ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones categóricas por parte del médico • Recordatorios y recitaciones enviados por los médicos • Educación de las mujeres en vacunación durante el embarazo • Mensajes de conexión con actos externos (p. ej., "incluya la vacunación en su lista de vuelta a la escuela y programe la vacuna antigripal para su familia en otoño") • Incitación de comportamientos en lugares o momentos en que las personas estén listas para actuar y puedan mostrar el comportamiento deseado (p. ej., vacunación): en el consultorio médico, la farmacia, el lugar de trabajo

Recuadro (continuación) —>

FACTORES PSICOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN LA CAPACIDAD Y MOTIVACIÓN INDIVIDUALES

En resumen	Heurística (atajo mental)	Significado	Enseñanza	Al desarrollar una intervención, consideren la posibilidad de...
Los contratos nos obligan	Contratos de compromiso	Nos sentimos obligados por los compromisos, especialmente si son por escrito, o si no cumplirlos tiene alguna consecuencia.	Hay que generar compromisos de vacunación	<p>Encontrar maneras de lograr el compromiso de los grupos destinatarios, con planes concretos de acción.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de objetivos individuales de salud en un contrato o una aplicación • Petición de un depósito que solo se devolverá cuando se haya alcanzado un determinado objetivo • Inclusión de una consecuencia o penalización en caso de no cumplir las acciones acordadas • Acuerdo y anotación de la próxima cita en todas las consultas de vacunación
Los seres humanos somos animales sociales	Reciprocidad	Cuando sabemos que podemos proteger a otros al vacunarnos, y que ellos nos protegen a su vez, somos más propensos a la vacunación.	Hay que comunicar el beneficio social	<p>Activar la motivación social para la vacunación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicando que quienes no pueden vacunarse por ser demasiado jóvenes, ancianos o estar enfermos dependen de quienes pueden protegerlos con su vacunación • Explicando cómo todos podemos proteger a los bebés (incluso antes de nacer), a nuestra familia, a nuestra comunidad, a nuestra sociedad
Los incentivos modelan el comportamiento	Recompensas o castigos	Cuando nos recompensan por un comportamiento, somos más propensos a repetirlo; cuando nos castigan, tendemos a eliminar el comportamiento.	Incentivos	<p>Considerar maneras adecuadas de recompensar la vacunación o resaltar las repercusiones de no vacunar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Felicitación y agradecimiento a los pacientes que contribuyen a la inmunidad colectiva • Cuando se alcanzan los objetivos (p. ej., metas de vacunación), recompensa a los grupos que lo lograron • Uso de recompensas visibles que motiven a quienes las vean • Reducción de costos: tanto económicos como barreras prácticas • Obligación de vacunar; p. ej., control en el momento de la escolarización
Lo que suena familiar es correcto	Efecto contra-productente de la familiaridad	Suponemos que algo es correcto cuando lo hemos oído de forma repetida. Repetir un mito para corregirlo hace que perdure aún más en nuestra mente.	No hay que repetir los mitos	<p>Dar un mensaje clave positivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eviten repetir el mito cuando quieran corregirlo • Recurran a hechos • Usen explicaciones sencillas: su mensaje debe ser tan sencillo y fácil de entender como el mito
Saber o proponerse algo no es hacerlo	Intenciones de ejecución	Aunque la intención de vacunar debería conducir en teoría a la vacunación, a menudo no es así. Anotar acciones, tiempo y lugar, aumenta la probabilidad de seguir adelante con las intenciones.	Crear puentes	<p>Crear una conexión entre ciertos puntos temporales y el comportamiento deseado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribiendo planes específicos sobre cuándo y cómo llevar a cabo una determinada acción (p. ej., vacunación) • Dejando cerrada la cita para la próxima vacunación al salir del médico



Etapa: Participación de interesados directos y promoción de la intervención

Objetivos

Los objetivos de esta etapa son aprovechar los conocimientos y experiencia de los interesados directos para ajustar la intervención; y reforzar su participación y apoyo de la intervención de PIM.

Métodos de trabajo

Cómo solicitar mejor la participación de los interesados directos y cómo promover mejor la intervención dependerán del contexto y de los interesados. Se sugiere llevar a cabo uno o más talleres de media jornada con los interesados; estos talleres deben incluir:

- una presentación del proceso hasta la fecha, incluidos los resultados de la revisión de datos, comentarios de los interesados directos y estudios de investigación;
- una presentación de la intervención sugerida (actividades y medidas de política);
- debate plenario.

Se sugiere abordar asimismo a los gerentes y los responsables de la toma de decisiones, si procede y es factible, para presentarles la intervención propuesta y obtener su apoyo. El recuadro de inspiración 1 (página 31) contiene orientación sobre los interesados pertinentes.

Resultados

Los resultados inmediatos de esta etapa son:

- comentarios de los interesados directos, incluidos gerentes y responsables de la toma de decisiones;
- intervención afinada (actividades y medidas de política) a partir de los comentarios de los interesados directos;
- informe de progreso actualizado.

La promoción de la intervención debe llevarse a cabo en todas las fases del proceso desde esta etapa en adelante.

Etapa: Diseño y planificación detallada de la intervención

Objetivos

El objetivo de esta etapa es planificar en detalle la intervención, incluidas sus actividades y medidas de política.

Métodos de trabajo

Hace falta un buen plan del proyecto para que la ejecución y el desenlace de la intervención sean satisfactorios. También es preciso obtener financiamiento interno o externo, si no lo hubiera ya.

Se sugiere organizar una reunión de jornada completa del grupo central de PIM, para ajustar, afinar y planificar con detalle la intervención, a partir de los comentarios de los interesados directos. La planificación incluye detalles con respecto a las actividades, medidas de política, presupuesto, cronograma, funciones y responsabilidades.

El recuadro de inspiración 13 contiene orientación sobre el plan de intervención. La sostenibilidad de la intervención a largo plazo debe plantearse en las fases iniciales del proceso. El recuadro de inspiración 14 proporciona orientación para debatir este asunto. Después de la reunión del grupo central de PIM, el coordinador del proyecto o el consultor dispondrán de 1 a 3 semanas para redactar el plan acordado del proyecto.

Resultados

Los resultados inmediatos de esta etapa son:

- plan detallado del proyecto para la intervención;
- informe de progreso actualizado.

CONVIENE SABER

La presentación *Prototyping, Testing Ideas & Improvement* de UNICEF (módulo en PowerPoint desarrollado como parte de su enfoque centrado en las personas) ofrece más ideas para desarrollar actividades, incluidos ejercicios que pueden hacerse en una reunión del grupo central de PIM o un taller con interesados.

La presentación de PowerPoint (en inglés) puede descargarse aquí:
<http://bit.ly/facilitation-guide-pt4>.

El catálogo del ECDC *Catalogue of interventions addressing vaccine hesitancy* contiene una colección de intervenciones para medir y abordar la reticencia a la vacunación, con diversos ejemplos de prácticas que pueden adaptarse en función de las necesidades y estrategias tanto locales como nacionales.

El catálogo (en inglés) puede descargarse aquí:
<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Catalogue-interventions-vaccine-hesitancy.pdf>



Recuadro de inspiración 14.



SOSTENIBILIDAD Y AMPLIACIÓN

Se indican a continuación diversos aspectos que pueden considerarse en un debate sobre la sostenibilidad a corto y largo plazo de la intervención planificada, con sus actividades y medidas de política:

Recursos humanos

- ¿Existen los recursos humanos necesarios a corto y largo plazo?
- ¿Existen la pericia y la capacidad necesarias a corto y largo plazo?
- ¿Están claras las funciones y responsabilidades? ¿Están claras también si el proyecto se amplía a otros grupos destinatarios u otras zonas geográficas?
- ¿Existen oportunidades de apoyo externo, como voluntarios o personal de organizaciones locales o no gubernamentales?

Recursos económicos

- Siendo realistas, ¿es sostenible el financiamiento de esta actividad a corto y largo plazo?
- ¿Qué fuentes de financiamiento existen (donantes externos e internos)?
- ¿Podría obtenerse un aumento del presupuesto mediante negociaciones presupuestarias?
- ¿Podrían reasignarse recursos, con reducción de otras actividades?
- ¿Existen oportunidades de financiamiento

conjunto con otras instituciones, programas o ministerios?

Sistemas y procesos de apoyo

- ¿Existen procesos o estructuras del sistema de salud que respalden la sostenibilidad?

Recursos de contenido

- ¿Existen herramientas (programas de capacitación, material informativo, directrices, procedimientos normalizados de trabajo, descripción de proyectos) aprovechables, de modo que no haga falta elaborar otras nuevas desde cero? Tengan en cuenta, por ejemplo, otros países u otros programas de salud.
- ¿Existen proyectos parecidos en otros países u otras instituciones que puedan adaptarse a la vacunación? ¿Dónde hay recursos?

Voluntad política

- ¿Existe el necesario apoyo político y de gestión para garantizar la sostenibilidad a largo plazo?
- Las actividades de promoción, ¿cómo podrían garantizar el apoyo político y de gestión? ¿Cómo pueden ayudar los asociados (la OMS u otros organismos internacionales, personalidades locales influyentes, líderes comunitarios, otros) a promover la intervención?

Etapa: Elaboración del marco de seguimiento y evaluación

Objetivo

El objetivo de esta etapa es elaborar un marco de seguimiento y evaluación de la intervención.

Métodos de trabajo

Como puede apreciarse en la figura 7 (véase la página 22), el marco de seguimiento y evaluación se elabora a partir de todas las etapas anteriores del proceso de PIM. Este marco de seguimiento y evaluación ayuda a los ejecutores a evaluar si la intervención ha tenido éxito y por qué. Pone también de manifiesto posibles oportunidades

de ajustar, mejorar y ampliar la intervención. Además, permite documentar la repercusión y la rentabilidad (costo-efectividad), y compartir estas con los responsables de la toma de decisiones y otros interesados directos.

El marco define los datos que deben recopilarse y cuándo, dónde y cómo hacerlo. El núcleo del marco es un conjunto de indicadores y metas que se usan para analizar:

- la ejecución de la intervención, su calidad y aceptabilidad (proceso);
- la repercusión intermedia y a largo plazo de la intervención (impacto).

Además, el marco incluye información acerca de cómo, cuándo y dónde medir estas metas. Esta información se representa de manera sinóptica en un modelo lógico (véase el cuadro 7).

Se sugiere aprovechar la reunión del grupo central de PIM organizada en la FASE 3 para acordar estos indicadores y metas. Puede usarse el ejercicio 8 para guiar las discusiones.

Acto seguido, el coordinador del proyecto o el consultor pueden redactar el marco de seguimiento y evaluación y añadirlo al plan de la intervención (véase el recuadro de inspiración 13).

En el recuadro de inspiración 15 se indican los componentes de un marco de seguimiento y evaluación.

El recuadro de inspiración 16 contiene orientación sobre el proceso.

El recuadro de inspiración 17 contiene orientación sobre el impacto.

Resultados

Los resultados inmediatos de esta etapa son:

- marco detallado de seguimiento y evaluación (véase el recuadro de inspiración 15), para añadir al plan de la intervención;
- informe de progreso actualizado.

CONVIENE SABER

Llamamos **indicadores** al tipo de datos o información usados para medir un cambio.

- Los **indicadores de proceso** ayudan a comprender cómo funciona su intervención, o por qué no funciona, la calidad de la ejecución de su intervención y su aceptabilidad por parte de determinados interesados directos (véase el recuadro de inspiración 16).
- Los **indicadores de impacto** ayudan a indicar si su intervención ha tenido el resultado deseado, tanto de forma inmediata (repercusión intermedia en cuanto a reducción de barreras) como diferida (repercusión a largo plazo en cuanto a aumento y mayor equidad de la cobertura vacunal) (véase el recuadro de inspiración 17).

Las **metas** son los aumentos o disminuciones concretos deseados en los datos usados.

Recuadro de inspiración 15.



COMPONENTES DE UN MARCO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Un marco de seguimiento y evaluación puede constar de los siguientes elementos:

- Un modelo lógico (véase el cuadro 7), que incluye:
 - indicadores y metas de proceso, en relación con las actividades y medidas de política;
 - indicadores y metas de repercusión intermedia, en relación con factores de capacidad, oportunidad física, oportunidad social y motivación para cada grupo destinatario;
 - indicadores y metas de repercusión a largo plazo y equidad, en relación con el objetivo final de la PIM de mayor cobertura vacunal y más equitativa.
- Datos iniciales (datos sobre la situación existente antes de la intervención, para compararlos con la situación después de la intervención)
- Orientación sobre cómo seguir y evaluar el proceso, cómo obtener los datos, cuándo y quién debe hacerlo
- Orientación sobre cómo seguir y evaluar el impacto, cómo obtener los datos, cuándo y quién debe hacerlo
- Contexto, riesgos y posibles factores de confusión que deben tenerse en cuenta (los factores de confusión son factores externos que escapan a nuestro control y pueden afectar el éxito de la intervención de manera negativa o positiva)
- Orientación sobre cómo seguir y evaluar los factores económicos para ayudar a valorar si la intervención es rentable
- Consideraciones especiales de equidad
- Consideraciones especiales de “no causar daño”: ¿cómo evaluar si la intervención tuvo alguna repercusión negativa no intencionada?



Cuadro 7. Ejemplo de modelo lógico para el marco de seguimiento y evaluación

	Proceso					Repercusión intermedia	Repercusión a largo plazo
En relación con	Actividad: Capacitación del personal de salud			Actividad: Sesiones consultivas en el consultorio por parte de expertos nacionales		Factor COM identificado como barrera: Capacidad (escaso conocimiento entre el personal de salud)	Objetivo de PIM: aumentar la cobertura vacunal en 50 consultorios con baja cobertura que atienden a comunidades vulnerables
Indicadores	Número de sesiones de capacitación en cascada realizadas	Número de sesiones de capacitación en consultorios con cobertura baja	Número de medidas de calidad en la lista de verificación aprobadas por el observador	Número de sesiones consultivas efectuadas	Puntuación en el formulario de evaluación	Porcentaje de respuestas correctas en los cuestionarios	Cobertura de MCV2 por consultorio
Situación inicial	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	Promedio: 53% respuestas correctas en el grupo experimental antes de la intervención	Promedio: 65% cobertura de MCV2 en 50 consultorios
Metas	≥5 sesiones de capacitación en cascada realizadas	≥50 sesiones de capacitación en consultorios con cobertura baja	≥90% medidas de calidad aprobadas en cada capacitación observada	≥5 sesiones consultivas efectuadas en cada consultorio con desempeño bajo	≥75% participantes satisfechos o muy satisfechos con la calidad general de la sesión consultiva	≥90% respuestas correctas en el 90% de los integrantes del grupo experimental	≥85% cobertura de MCV2 en 50 consultorios
Fuente de los datos	Listas de los registros de capacitación	Listas de los registros de capacitación	Listas de verificación de la calidad, pasada en un 10% de las sesiones de capacitación	Informes de los expertos nacionales	Formulario de evaluación distribuido a todos los participantes tras cada sesión consultiva	Cuestionario en línea para todo el personal de salud en todos los consultorios con desempeño bajo	Informes mensuales de los consultorios
Recopilación de datos	Listas de registro enviadas al coordinador del proyecto	Listas de registro enviadas al coordinador del proyecto	Listas de verificación de la calidad enviadas al coordinador del proyecto	Informes enviados al coordinador del proyecto	Formularios de evaluación enviados al coordinador del proyecto	Participación obligatoria de todo el personal de salud en 50 consultorios	Informes compartidos con el coordinador del proyecto
Momento oportuno	Al final de cada capacitación	Al final de cada capacitación	Al final de cada capacitación	Al final de cada sesión consultiva	Al final de cada sesión consultiva	Al final de la intervención	Con periodicidad mensual desde 1 mes antes de la intervención hasta 1 año después de la intervención

Recuadro de inspiración 16.



PROCESO

El seguimiento y la evaluación del proceso pueden concentrarse en:

- cantidad de actividades ejecutadas (¿se ejecutaron las actividades, en el momento oportuno, según lo acordado?);
- alcance de las actividades (¿se llegó al número previsto de personas (en el grupo destinatario)?);
- aceptabilidad de las actividades (¿quedaron satisfechas las personas involucradas?);
- calidad de las actividades (¿se ejecutaron bien, según criterios objetivos de la calidad?);
- factores externos que afectan la ejecución (¿cuáles fueron las barreras y los factores facilitadores de la ejecución?).

Los métodos de recopilación de datos pueden ser cuantitativos o cualitativos:

- listas o formularios de registro;

- formularios de evaluación para los participantes;
- observación con lista de verificación (p. ej., verificación de la calidad, nivel de participación, respuesta de los participantes e implicación);
- entrevistas, encuestas o talleres con interesados directos;
- entrevistas o informes de los ejecutores;
- entrevistas de los participantes.

Es importante también supervisar y documentar los factores contextuales que puedan afectar la ejecución y el impacto de la intervención. Esto ayuda a comprender si cualquier posible cambio, éxito o fracaso se debió a la propia intervención o a factores externos. Los factores contextuales pueden incluir otras actividades ejecutadas en paralelo, cambios legislativos, cambios políticos o de la sociedad, cambios estructurales u otros.

Recuadro de inspiración 17.



IMPACTO

Para evaluar el impacto, los datos supervisados y recopilados deben documentar cualquier cambio relativo a:

- las barreras detectadas, en relación con los factores COM de capacidad, oportunidad social, oportunidad física o motivación (repercusión intermedia);
- el objetivo general fijado para el proceso de PIM, en relación con la elevada y equitativa cobertura vacunal (repercusión a largo plazo).

Para ello, debe establecerse un punto inicial de referencia (documentación de la situación existente antes de la intervención) que permita la comparación con la situación después de la intervención.

Los métodos de recopilación de datos suelen ser cuantitativos, pero pueden ser también cualitativos.

Para evaluar la repercusión intermedia en las barreras a la vacunación (capacidad, oportunidad social, oportunidad física, motivación), los datos pueden incluir:

- encuestas, cuestionarios o pruebas de los participantes;
- entrevistas de los participantes.

Para evaluar la repercusión a largo plazo en la tasa y equidad de cobertura vacunal, los datos pueden incluir:

- datos de seguimiento de la vacunación;
- datos de vigilancia de brotes epidémicos;
- datos notificados por el establecimiento de salud.

Ejercicio 8 Selección de los indicadores y metas de proceso y del impacto



Objetivo

El objetivo de este ejercicio es:

- seleccionar los indicadores y metas de proceso e impacto y metas de repercusión (intermedia o a largo plazo) para su intervención.

Pasos del ejercicio

1. Selección de los indicadores y metas de proceso (para sus actividades y medidas de política)

- En primer lugar, pónganse de acuerdo en los indicadores. Cuáles han de ser los indicadores pertinentes para sus actividades y medidas de política dependerá de la naturaleza de estas.
- Como mínimo, seleccionen indicadores que ayuden a medir si las actividades o medidas de política se llevaron a cabo y si alcanzaron al grupo destinatario previsto.
- Si existen recursos, puede ser pertinente añadir más indicadores (para algunas o todas las actividades y medidas de política) que ayuden a medir:
 - la calidad de las actividades;
 - la aceptabilidad de las actividades para los destinatarios;
 - los factores contextuales que afectan la ejecución.
- A continuación, pónganse de acuerdo en las metas: ¿qué cambio desean ver para cada indicador?
- Por último, debatan cómo recopilarn los datos que les permitirán seguir y evaluar el proceso, quién lo hará y cuándo.
- Pueden inspirarse en el cuadro de ejercicio 8.1 y en el recuadro de inspiración 16.

Cuadro de ejercicio 8.1. Ejemplos de indicadores y metas de proceso

En relación con	Actividad: Capacitación del personal de salud			Actividad: Sesiones consultivas en el consultorio por parte de expertos nacionales	
Indicadores	Número de sesiones de capacitación	Número de participantes capacitados	Number of quality measures approved per training	Number of consultative sessions conducted	Score in evaluation form
Metas	≥10 sesiones de capacitación realizadas	≥50 participantes capacitados en cada capacitación	≥90% medidas de calidad aprobadas en cada capacitación observada	≥5 sesiones consultivas efectuadas en cada consultorio con bajo desempeño	≥75% participantes satisfechos o muy satisfechos con la calidad general de la sesión consultiva
Fuente de los datos	Listas de los registros de capacitación	Listas de los registros de capacitación	Observador con lista de verificación; observación del 50% de las sesiones de capacitación	Informes de los expertos nacionales	Formulario de evaluación
Recopilación de datos	Listas de registro enviadas al coordinador del proyecto	Listas de registro enviadas al coordinador del proyecto	Listas de verificación de la calidad enviadas al coordinador del proyecto	Informes enviados al coordinador del proyecto	Formularios de evaluación enviados al coordinador del proyecto
Momento oportuno	Al final de cada capacitación	Al final de cada capacitación	Al final de cada capacitación	Al final de cada sesión consultiva	Al final de cada sesión consultiva

2. Selección de los indicadores y metas de repercusión intermedia

- **En primer lugar, pónganse de acuerdo en los indicadores.**
- Los indicadores intermedios permiten explorar si se ha producido algún cambio en relación con las barreras detectadas (capacidad, oportunidad social, oportunidad física, motivación).
- Aportan cierta información sobre la repercusión de su intervención mucho antes de que puedan valorar la repercusión en la magnitud o la equidad de la cobertura vacunal.
- Por ejemplo, si se identificó como barrera clave el conocimiento sobre la inocuidad de las vacunas (capacidad), pueden evaluar ahora si dicho conocimiento ha mejorado a medio plazo.
- **Seleccionen como mínimo un indicador para cada una de las barreras seleccionadas.**
- Si es factible, puede incluirse un valor inicial de referencia.
- **A continuación, pónganse de acuerdo en las metas:** ¿qué cambio desean ver para cada indicador?
- Por último, debatan cómo recopilarán los datos que les permitirán evaluar el cambio, quién lo hará y cuándo.
- Pueden inspirarse en el cuadro de ejercicio 8.2 y en el recuadro de inspiración 17.

Cuadro de ejercicio 8.2. **Ejemplos de indicadores y metas de repercusión intermedia: capacitación del personal de salud**

Impacto: Intermedio

En relación con	Barrera: escasos conocimientos del personal de salud en consultorios con baja cobertura (capacidad)
Indicador	Porcentaje de respuestas correctas en cuestionarios
Situación inicial	Promedio: 53% respuestas correctas en el grupo experimental antes de la intervención
Meta	≥90% respuestas correctas en el 90% del personal de salud objeto de la intervención
Fuente de los datos	Cuestionario en línea para todo el personal de salud objeto de la intervención
Recopilación de datos	Cuestionarios en línea analizados por el coordinador del proyecto
Momento oportuno	Después de la primera ronda de capacitaciones

3. Selección de los indicadores y metas de impacto y equidad a largo plazo

- **En primer lugar, pónganse de acuerdo en los indicadores.**
- Los indicadores del impacto a largo plazo les permiten ver si han alcanzado el objetivo global del proceso de PIM. A menudo este objetivo general tiene que ver con un aumento de la cobertura vacunal, de la equidad o ambos.
- Puede que pasen varios años antes de apreciar cambios en la cobertura vacunal; e influyen otros acontecimientos, no solo su intervención.
- Para incorporar una evaluación de la equidad, debatan qué determinantes sociales de la salud podrían medir.
- Seleccionen como mínimo un indicador para la repercusión a largo plazo.
- Debe incluirse asimismo un valor inicial de referencia.
- **A continuación, pónganse de acuerdo en las metas:** ¿qué cambio desean ver para cada indicador?
- Por último, debatan cómo recopilarán los datos que les permitirán evaluar el cambio, quién lo hará y cuándo.
- Pueden inspirarse en el cuadro de ejercicio 8.3 y en el recuadro de inspiración 17.

Cuadro de ejercicio 8.3. **Ejemplos de indicadores y metas de impacto y equidad a largo plazo: intervención multifactorial**

Repercusión a largo plazo

En relación con	Objetivo de PIM: aumento de la cobertura vacunal en 200 consultorios con baja cobertura que atienden a comunidades vulnerables
Indicador	Cobertura de MCV2 por consultorio
Indicador	Cobertura de MCV2: 58-74% en 200 consultorios
Meta	≥85% cobertura de MCV2 en 200 consultorios
Fuente de los datos	Informes mensuales de los consultorios
Recopilación de datos	Análisis de los datos del sistema nacional de notificación de datos de vacunación
Momento oportuno	Con periodicidad mensual desde 1 mes antes de la intervención hasta 1 año después de la intervención

4. Posibilidad de llevar a cabo una evaluación económica

- Una evaluación económica ayuda a documentar si la intervención consiguió una buena relación entre eficacia y costo, lo cual podría ayudar a obtener financiamiento a largo plazo para mantener la intervención.
- Una evaluación económica compara el costo de aplicar la intervención con el ahorro conseguido.
 - Por ejemplo, el costo de una intervención puede incluir el costo de desarrollar los módulos de capacitación; de impartir la capacitación; de diseñar, elaborar y distribuir materiales impresos y en línea; de los honorarios para los instructores y otro personal involucrado; etcétera.
 - El ahorro conseguido puede incluir los tratamientos y hospitalizaciones debidos a la enfermedad; la carga para la población en años de vida ajustados en función de la calidad en relación con un brote de la enfermedad; etcétera.
- Existen diversos marcos que pueden servir de guía al grupo central de PIM a la hora de planificar una evaluación económica de su intervención (68-70).

FASE POSTERIOR

Ejecución



Resultado: ejecución, evaluación y ampliación de la intervención

Objetivos

- Ejecución, seguimiento, evaluación, ajuste y, si procede, ampliación de la intervención

Métodos de trabajo

- Ejecución según el plan de intervención
- Seguimiento según el marco de seguimiento y evaluación
- Evaluación según el marco de seguimiento y evaluación
- Ajuste de la intervención
- Ampliación del proyecto a mayor escala, si procede

Planificación de la fase POSTERIOR

La fase POSTERIOR es donde tiene lugar la ejecución de la intervención planificada, con sus actividades y medidas de política. Cómo hacerlo y cuánto tiempo lleve dependerá del plan del proyecto, y no puede describirse con todo detalle a continuación. El proceso puede durar años y, si resulta eficaz, debe continuarse en un futuro. Se sugiere a continuación una posible planificación del proceso:

- Año 1:** Ejecución con seguimiento continuo
- Año 2:** Evaluación y ajuste
- Años 3-?:** Ejecución continua, seguimiento, evaluación y ampliación



La fase POSTERIOR es donde tiene lugar la ejecución de la intervención planificada, con sus actividades y medidas de política.

Etapa: Ejecución

Objetivo

El objetivo de esta etapa es ejecutar las actividades y medidas de política planificadas correspondientes a su intervención.

Métodos de trabajo

La intervención —con sus actividades y medidas de política— debe ejecutarse según lo descrito en el plan de intervención.

Resultados

Los resultados inmediatos de esta etapa son los descritos en el plan de intervención.

Etapa: Seguimiento

Objetivo

El objetivo de esta etapa es obtener datos científicos con respecto al grado de ejecución de las actividades y medidas de política, su calidad y su impacto.

Métodos de trabajo

El seguimiento puede irse haciendo de forma periódica durante todo el proceso de ejecución. El coordinador del proyecto o un consultor recopilan y analizan los datos descritos en el marco de seguimiento y evaluación. Estos datos pueden guardar relación con la cantidad de actividades (cuántas actividades), el alcance (cuántas personas, cuántas personas en el grupo destinatario), la calidad de las actividades (satisfacción y aceptabilidad en los grupos destinatarios, o criterios objetivos de calidad) y el impacto (datos relacionados con barreras, cobertura vacunal y equidad).

Resultados

- Los resultados inmediatos de esta etapa son datos que pueden analizarse y usarse para la evaluación.

Etapa: Evaluación

Objetivo

El objetivo de esta etapa es comprender si su intervención ha tenido alguna repercusión y por qué, o por qué no.

Métodos de trabajo

La evaluación suele hacerse al final de la intervención. Puede añadirse una evaluación intermedia, así como una evaluación algún tiempo después de la intervención. El coordinador del proyecto o un consultor se encargan de analizar los datos recogidos como parte del seguimiento. Estos datos deben documentar o explorar los cambios en las barreras identificadas (capacidad, oportunidad, motivación) y en la magnitud y equidad de la cobertura vacunal.

Resultado

El resultado inmediato de esta etapa es un informe basado en el marco de seguimiento y evaluación, que debe incluir:

- un análisis de los datos recopilados;
- conclusiones con respecto a la repercusión de la intervención, su eficacia y su rentabilidad;
- recomendaciones con respecto a las oportunidades de continuar y ampliar el proceso a mayor escala.

Etapa: Ajuste

Objetivo

El objetivo de esta etapa es ajustar las actividades y medidas de política en función de la evaluación.

Métodos de trabajo

Se recomienda organizar una reunión del grupo central de PIM para debatir las conclusiones y recomendaciones derivadas del seguimiento y la evaluación. Un taller con interesados directos puede considerarse también una oportunidad de debatir el seguimiento y evaluación, así como el posible ajuste de las actividades y medidas de política.

Cómo ajustar las actividades y medidas de política dependerá del éxito de la intervención y de las conclusiones y recomendaciones derivadas del seguimiento y evaluación.

A partir de estas reuniones o talleres, el coordinador del proyecto o un consultor revisan el plan de intervención.

Resultados

Los resultados inmediatos de esta etapa son un plan revisado de intervención y las consiguientes actividades y medidas de política ajustadas.

Etapa: Ampliación

Objetivo

El objetivo de esta etapa es ampliar los elementos satisfactorios de la intervención; por ejemplo, para incluir otros grupos destinatarios u otras zonas geográficas. Dado que la intervención se basó en las indagaciones relativas a un grupo destinatario concreto, los ejecutores deben sopesar cuidadosamente su pertinencia para otros grupos destinatarios antes de ampliar la intervención a ellos.

Métodos de trabajo

Se recomienda organizar una reunión del grupo central de PIM para debatir las recomendaciones de la evaluación y la posibilidad de ampliar la intervención. Puede plantearse también un taller con interesados directos.

Cómo ampliar las actividades y medidas de política dependerá del éxito de la intervención y de las recomendaciones de la evaluación.

A partir de la reunión y el taller, el coordinador del proyecto o un consultor revisan el plan de intervención o elaboran un nuevo plan de intervención para los nuevos grupos destinatarios o zonas geográficas que se pretende incorporar.

Resultado

El resultado inmediato de esta etapa puede ser un plan de intervención para las actividades y medidas de política en nuevas zonas (p. ej., en toda la nación) o nuevos grupos destinatarios.

El objetivo de esta etapa es ampliar los elementos satisfactorios de la intervención; por ejemplo, para incluir otros grupos destinatarios u otras zonas geográficas.

Referencias*

1. Dubé E, Leask J, Wolff B, Hickler B, Balaban V, Hosen E et al. The WHO Tailoring Immunization Programmes (TIP) approach: review of implementation to date. *Vaccine*. 2018;36(11):1509–15.
2. Andre FE, Booy R, Bock HL, Clemens J, Datta SK, John TJ et al. Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. *Bull World Health Organ*. 2008;86(2):140–6. doi:10.2471/BLT.07.040089.
3. Jansen KU, Anderson KS. The role of vaccines in fighting antimicrobial resistance (AMR). *Hum Vaccin Immunother*. 2018;14(9):2142–9. doi:10.1080/21645515.2018.1476814.
4. Cameron RL, Kavanagh K, Cameron Watt D, Robertson C, Cuschieri K, Ahmed S et al. The impact of bivalent HPV vaccine on cervical intraepithelial neoplasia by deprivation in Scotland: reducing the gap. *J Epidemiol Community Health*. 2017;71(1):954–60. doi:10.1136/jech-2017-209113.
5. Boyce T, Gudorf A, de Kat C, Muscat M, Butler R, Bach Habersaat K. Towards equity in immunisation. *Euro Surveill*. 2019;24(2):1800204. doi:10.2807/1560-7917.ES.2019.24.2.1800204.
6. Riumallo-Herl C, Chang AY, Clark S, Constenla D, Clark A, Brenzel L et al. Poverty reduction and equity benefits of introducing or scaling up measles, rotavirus and pneumococcal vaccine in low-income and middle-income countries: a modelling study. *BMJ Glob Health*. 2017;3(2):000613. doi:10.1136/bmjgh-2017-000613.
7. Dubé E, Gagnon D, MacDonald NE, SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Strategies intended to address vaccine hesitancy: review of published reviews. *Vaccine*. 2015;33(34):4191–4203. doi:10.1016/j.vaccine.2015.04.041.
8. Crocker-Buque T, Edelstein M, Mounier-Jack S. Interventions to reduce inequalities in vaccine uptake in children and adolescents aged <19 years: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2017;71(1):87–97. doi:10.1136/jech-2016-207572.
9. Vaccination and trust. How concerns arise and the role of communication in mitigating crises. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (www.euro.who.int/vaccinetrust).
10. Brewer NT, Chapman GB, Rothman AJ, Leask J, Kempe A. Increasing vaccination: putting psychological science into action. *Psychol Sci Public Interest*. 2017;18(3):149–207. doi:10.1177/1529100618760521.
11. Layton D, Jenkins E, Macgill S, Davey A. Inarticulate science? Perspectives on the public understanding of science and some implications for science education. Driffield, UK: Studies in Education Ltd.; 1993.
12. Sobo EJ. Social cultivation of vaccine refusal and delay among Waldorf (Steiner) school parents. *Med Anthropol Q*. 2015;29(3):381–99. doi:10.1111/maq.12214.
13. Jama A, Ali M, Lindstrand A, Butler R, Kulane A. Perspectives on the measles, mumps and rubella vaccination among Somali mothers in Stockholm. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(11):2428. doi:10.3390/ijerph15112428.
14. Ventola CL. Immunization in the United States: recommendations, barriers, and measures to improve compliance. Part 1: Childhood vaccinations. *PT*. 2016;41(7):426–36.
15. Temoka E. Becoming a vaccine champion: evidence-based interventions to address the challenges of vaccination. *South Dakota Medicine: The Journal of the South Dakota State Medical Association*. 2013;(Spec. No.):68–72.
16. Leask J, Kinnersley P, Jackson C, Cheater F, Bedford H, Rowles G. Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals. *BMC Pediatr*. 2012;12:154. doi:10.1186/1471-2431-12-154.
17. Cooper LZ, Larson HJ, Katz SL. Protecting public trust in immunization. *Pediatrics*. 2008;122(1):149–53. doi:10.1542/peds.2008-0987.
18. Schmitt H-J, Booy R, Aston R, Van Damme P, Schumacher RF, Campins M. How to optimise the coverage rate of infant and adult immunisations in Europe. *BMC Med*. 2007;5:11. doi:10.1186/1741-7015-5-11.
19. World Health Organization. Health literacy and behavior 2015. (www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/).
20. Rudd RE. The evolving concept of health literacy: new directions for health literacy studies. *Journal of Communication in Healthcare*. 2015;8(1):7–9. doi:10.1179/1753806815Z.000000000105.
21. Michie S, Atkins L, West R. *The Behaviour Change Wheel. A guide to designing interventions*. London: Silverback Publishing; 2014.
22. Jacobson Vann JC, Jacobson RM, Coyne-Beasley T, Asafu-Adjei JK, Szilagyi PG, et al. Patient reminder and recall interventions to improve immunization rates. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Jan 18;1: CD003941. doi:10.1002/14651858.CD003941.pub3.
23. Betsch C, Schmid P, Heinemeier D, Korn L, Holtmann C, Böhm R, et al. Beyond confidence. Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. *PLoS One* 2018 Dec 7;13(12):e0208601. Doi:10.1371/journal.pone.0208601.
24. Vaccination. In: *The community guide (website)*. Atlanta, GA: Community Preventive Service Task Force; no date (www.thecommunityguide.org/topic/vaccination).
25. Kaufman J, Ryan R, Walsh L, Horey D, Leask J, Robinson P et al. Face-to-face interventions for informing or educating parents about early childhood vaccination. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;5:CD010038. doi:10.1002/14651858.CD010038.pub3.
26. Lukusa LA, Ndze VN, Mbeye NM, Wiysonge CS. A systematic review and meta-analysis of the effects of educating parents on the benefits and schedules of childhood vaccinations in low and middle-income countries. *Hum Vaccin Immunother*. 2018;14(8):2058–68. doi:10.1080/21645515.2018.

* Fecha de consulta para todas las referencias: 1 de octubre del 2019.

27. Ames HMR, Glenton C, Lewin S. Parents' and informal caregivers' views and experiences of communication about routine childhood vaccination: a synthesis of qualitative evidence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2:CD011787. doi:10.1002/14651858.CD011787.pub2.
28. Magwood O, Kpadé V, Afza R, Oraka C, McWhirter J, Oliver S et al. Understanding women's, caregivers', and providers' experiences with home-based records: a systematic review of qualitative studies. *PLoS One*. 2018;13(10):e0204966. doi:10.1371/journal.pone.0204966.
29. Berry NJ, Danchin M, Trevena L, Witteman HO, Kinnersley P, Snelling T et al. Sharing knowledge about immunisation (SKAI): an exploration of parents' communication needs to inform development of a clinical communication support intervention. *Vaccine*. 2018;36(44):6480–90. doi:10.1016/j.vaccine.2017. See also www.talkingaboutimmunisation.org.au.
30. Vaccination programs: home visits to increase vaccination rates. In: *The Community Guide (website)*. Atlanta, GA: Community Preventive Service Task Force; 2016 (www.thecommunityguide.org/findings/vaccination-programs-home-visits-increase-vaccination-rates).
31. Taddio A, McMurtry CM, Shah V, Riddell RP, Chambers CT, Noel M et al. Reducing pain during vaccine injections: clinical practice guideline. *CMAJ*. 2015;187(13):975–82. doi:10.1503/cmaj.150391.
32. Reducing pain at the time of vaccination: WHO Position Paper – September 2015. *Weekly epidemiological record*. 2015;90(39):505–16 (www.who.int/immunization/policy/position_papers/reducing_pain_vaccination/en/).
33. Children's Vaccine Program at PATH. Guidelines for implementing supportive supervision: a step-by-step guide with tools to support immunization. Seattle: PATH; 2003 (https://vaccineresources.org/files/Guidelines_for_Supportive_Supervision.pdf).
34. Djibuti M, Gotsadze G, Zoidze A, Mataradze G, Esmail LC, Kohler JC. The role of supportive supervision on immunization program outcome – a randomized field trial from Georgia. *BMC Int Health Hum Rights*. 2009;9(Suppl 1): S11. doi:10.1186/1472-698X-9-S1-S11.
35. Lee C, Robinson JL. Systematic review of the effect of immunization mandates on uptake of routine childhood immunizations. *Journal of Infection*. 2016;72:659–66. doi:10.1016/j.jinf.2016.04.002.
36. MacDonald NE, Harmon S, Dubé E, Steenbeek A, Crowcroft N, Opel DJ et al. Mandatory infant & childhood immunization: rationales, issues and knowledge gaps. *Vaccine*. 2018; 36(39):5811–18. doi:10.1016/j.vaccine.2018.08.042.
37. Vaccination programs: requirements for child care, school, and college attendance. In: *The Community Guide (website)*. Atlanta, GA: Community Preventive Service Task Force; no date (www.thecommunityguide.org/findings/vaccination-programs-requirements-child-care-school-and-college-attendance).
38. Maltezou HC, Theodoridou K, Ledda C, Rapisarda V, Theodoridou M. Vaccination of healthcare workers: is mandatory vaccination needed? *Expert Rev Vaccines*. 2019;18(1):5–13. doi:10.1080/14760584.2019.1552141.
39. Lytras T, Kopsachilis F, Mouratidou E, Papamichail D, Bonovas S. Interventions to increase seasonal influenza vaccine coverage in healthcare workers: a systematic review and meta-regression analysis. *Hum Vaccin Immunother*. 2016;12(3):671–81. doi:10.1080/21645515.2015.
40. Vaccination programs: immunization information systems. In: *The Community Guide (website)*. Atlanta, GA: 2010 (www.thecommunityguide.org/findings/vaccination-programs-immunization-information-systems).
41. Vaccination programs: reducing client out-of-pocket costs. In: *The Community Guide (website)*. Atlanta, GA: 2014 (www.thecommunityguide.org/findings/vaccination-programs-reducing-client-out-pocket-costs).
42. Miller WR, Rose GS. Toward a theory of motivational interviewing. *Am Psychol*. 2009;64(6): 527–37. doi:10.1037/a0016830.
43. Opel DJ, Heritage J, Taylor JA, Mangione-Smith R, Salas HS, DeVere V. The architecture of provider-parent vaccine discussions at health supervision visits. *Pediatrics*. 2013;132(6):1037–46. doi:10.1542/peds.2013-2037.
44. Vaccination programs: provider reminders. In: *The Community Guide (website)*. Atlanta, GA: 2015 (www.thecommunityguide.org/findings/vaccination-programs-provider-reminders).
45. Attwell K, Freeman M. I immunise: an evaluation of a values-based campaign to change attitudes and beliefs. *Vaccine*. 2015;33(46):6235–40. doi:10.1016/j.vaccine.2015.09.092.
46. Lewandowsky S, Ecker UK, Seifert CM, Schwarz N, Cook J. Misinformation and Its correction: continued influence and successful debiasing. *Psychol Sci Public Interest*. 2012;13(3):106–31. doi:10.1177/1529100612451018.
47. Betsch C, Sachse K. Debunking vaccination myths: strong risk negations can increase perceived vaccination risks. *Health Psychol*. 2013;32(2):146–55. doi:10.1037/a0027387
48. Betsch C, Böhm R, Korn L, Holtmann CBA. On the benefits of explaining herd immunity in vaccine advocacy. *Nature Human Behaviour*. 2017;1: 0056. doi:10.1038/s41562-017-0056.
49. Stehr P, Heinemeier D, Rossmann C. Evidenzbasierte Gesundheitskommunikation. Edition 2018, ISBN print: 978-3-8487-5024-5, ISBN online: 978-3-8452-9196-3, <https://doi.org/10.5771/9783845291963>.
50. Oraby T, Thampi V, Bauch CT. The influence of social norms on the dynamics of vaccinating behaviour for paediatric infectious diseases. *Proc Biol Sci*. 2014;281(1780):20133172. doi:10.1098/rspb.2013.3172.
51. Hornsey MJ, Fielding KS. Attitude roots and Jiu Jitsu persuasion: understanding and overcoming the motivated rejection of science. *Am Psychol*. 2017;72(5):459–73. doi:10.1037/a0040437.
52. Vaccination Programs: Client or Family Incentive Rewards. In: *The Community Guide (website)*. Atlanta, GA: 2015 (www.thecommunityguide.org/findings/vaccination-programs-client-or-family-incentive-rewards).
53. Crocker-Buque T, Mounier-Jack S. Vaccination in England: a review of why business as usual is not enough to maintain coverage. *BMC Public Health*. 2018;18:1351. doi:10.1186/s12889-018-6228-5.
54. Kahneman D, Tversky A. Choices, values, and frames. *Am Psychol*. 1984;39(4):341–50.
55. Slovic P. Perception of risk: reflections on the psychometric paradigm. In: Krinsky S, Golding D, editors. *Social theories of risk*. Westport, CT: Praeger; 1992:117–52.
56. Slovic P. Perceived risk, trust, and democracy. *Risk Anal*. 1993;13(6):675–82. doi:10.1111/j.1539-6924.1993.tb01329.
57. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(1):80. doi:10.1186/1471-2458-12-80.

58. Dickert S, Västfjäll D, Mauro R, Slovic P. The feeling of risk: implications for risk perception and communication. In: Cho H, Reimer T, McComas KA, editors. *The Sage handbook of risk communication*. Los Angeles: Sage; 2015:41–55. doi:10.4135/9781483387918.n7.
59. Kahneman D, Tversky A. Judgment under uncertainty: heuristics and biases. *Science*. 1974;185(4157):1124–31.
60. Kahneman D. *Thinking, fast and slow*, first edition. New York: Farrar, Straus and Giroux; 2011.
61. Kasperson JX, Kasperson RE, Pidgeon N, Slovic P. The social amplification of risk: assessing fifteen years of research and theory. In: Pidgeon N, Kasperson RE, Slovic P, editors. *The social amplification of risk*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003:13–46.
62. Kasperson RE, Renn O, Slovic P, Brown HS, Emel J, Goble R et al. The social amplification of risk: a conceptual framework. *Risk Anal*. 1988;8(2):177–87. doi:10.1111/j.1539-6924.1988.tb01168.x.
63. Siegrist M, Cvetkovich G. Better negative than positive? Evidence of a bias for negative information about possible health dangers. *Risk Anal*. 2001;21(1):199–206.
64. Sjöberg L, Moen B, Rundmo T. Explaining risk perception. An evaluation of the psychometric paradigm in risk perception research. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology; 2004 (www.svt.ntnu.no/psy/Torbjorn.Rundmo/Psychometric_paradigm.pdf).
65. Slovic P, Peters E. Risk perception and affect. *Curr Dir Psychol Sci*. 2006;15(6):322–5. doi:10.1111/j.1467-8721.2006.00461.x.
66. Parsons JE, Newby KV, French DP. Do interventions containing risk messages increase risk appraisal and the subsequent vaccination intentions and uptake? A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Health Psychology*. 2018;23(4):1084–1106. doi:10.1111/bjhp.2018.23.issue-4.
67. Penta MA, Baban A. Message framing in vaccine communication: a systematic review of published literature. *Health Commun*. 2018;33(3):299–314. doi:10.1080/10410236.2016.1266574.
68. Edwards RT, Charles JM, Lloyd-Williams H. Public health economics: a systematic review of guidance for the economic evaluation of public health interventions and discussion of key methodological issues. *BMC Pub Health*. 2013;13:1001. doi:10.1186/1471-2458-13-1001.
69. Weatherly H, Drummond M, Claxton K, Cookson R, Ferguson B, Godfrey C et al. Methods for assessing the cost-effectiveness of public health interventions: key challenges and recommendations. *Health Policy*. 2009;93(2–3):85–92. doi:10.1016/j.healthpol.2009.07.012.
70. Squires H, Chilcott J, Akehurst R, Burr J, Kelly MP. A framework for developing the structure of public health economic models. *Value Health*. 2016;19(5):588–601. doi:10.1016/j.jval.2016.02.011.
71. *Weekly Epidemiological Record*, 28 April 2017, vol. 92, 17, page 222.

Anexo 1. Lista de herramientas y recursos

Exploren estas herramientas y recursos para aprender más acerca de: demanda y aceptación de las vacunas, reticencia y confianza, personal de salud y pacientes o cuidadores, entre otras cosas.

Título	Organismo	Enlace
Informe final de la XXV Reunión del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS	OPS	www.paho.org/inmunizacion/GTA-informes
A guide for exploring health worker/caregiver interactions on immunization	USAID, UNICEF, John Snow Inc. y OMS	En inglés: www.who.int/immunization/programmes_systems/HW_KAP_2018_final_draft_June2018.docx?ua=1 En francés: www.who.int/immunization/programmes_systems/HW_KAP_2018_final_draft_June2018-FR.docx?ua=1
Best practice guidance: How to respond to vocal vaccine deniers in public	OMS	En inglés: www.euro.who.int/vaccinedeniers
Demand for Health Services Field Guide	UNICEF	En inglés: http://bit.ly/HCD-field-guide
Demand for Health Services Workbook	UNICEF	En inglés: http://bit.ly/HCD_workbook
Field guide to qualitative research for new vaccine introduction	OMS	En inglés: www.euro.who.int/newvaccines
Immunization advocacy library	OMS	En inglés: www.euro.who.int/immunization-advocacy-library
Let's talk about hesitancy. Practical guide for public health programme managers and communicators	ECDC	En inglés: https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/lets-talk-about-hesitancy-vaccination-guide.pdf
Let's talk about protection: enhancing childhood vaccination uptake	ECDC	En inglés: https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/lets-talk-about-protection-enhancing-childhood-vaccination-uptake

Título	Organismo	Enlace
Methods & Exercises <ul style="list-style-type: none"> • How to Facilitate • Human-centred design Overview, Objective Statement, Assumptions • Conducting Field Research • Sharing & Synthesizing Research • Prototyping, Testing Ideas & Improvement 	UNICEF	En inglés: www.unicef.org/innovation/hcd
Programming guidance – Demand generation	GAVI	En inglés: www.gavi.org/library/gavi-documents/guidelines-and-forms/programming-guidance---demand-generation/
Talking about immunisation	SKAI	En inglés: www.talkingaboutimmunisation.org.au/
Vaccination and trust: How concerns arise and the role of communication in mitigating crises	OMS	En inglés: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/329647/Vaccines-and-trust.PDF
Community Preventive Service Task Force. Guide to community services (The Community Guide). Vaccination.	Gobierno de los Estados Unidos	En inglés: www.thecommunityguide.org/topic/vaccination
Vaccine hesitancy among healthcare workers and their patients in Europe	ECDC	En inglés: https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/vaccine-hesitancy-among-healthcare-workers.pdf
Vaccine safety communication library – guidance documents	OMS	En inglés: www.euro.who.int/vaccinetrust
Workbook – Advocacy for sustainable funding of immunization programmes	OMS	En inglés: www.euro.who.int/immunization-advocacy-library



OPS



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

525 Twenty-third Street, NW
Washington, D.C., 20037
Estados Unidos de América
Tel.: +1 (202) 974-3000
www.paho.org



ISBN: 978-92-75-32216-1