



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**

**OPTIMIZANDO COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA JURISDICCIÓN
DEL PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA -
CHIMBOTE, 2018**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO
DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**AUTOR:
LIC. ENF. JOHANA CHAVEZ MARCHENA**

**ASESORA:
MGTR. ENF. ELSA LIDIA PALACIOS CARRANZA**

**CHIMBOTE – PERÚ
2018**

JURADO EVALUADOR

Mgr. SUSANA VALENTINA CHARCAPE BENITES
Presidenta

Mgr. SUSANA ELIZABETH CABANILLAS DE LA CRUZ
Miembro

Mgr. FANNY ROCIO ÑIQUE TAPIA
Miembro

AGRADECIMIENTO

A Dios, por haberme acompañado
y guiado a lo largo de mi carrera,
por ser mi fortaleza en momentos
de debilidad.

Doy gracias a Dios por mis padres
Carlos e Isabel por brindarme su
apoyo día a día, por los valores
inculcados y por la oportunidad de
tener una educación en el transcurso
de mi vida.

A Tí, mi niña hermosa Arlette
Khiarita por representar lo más
importante en mi vida, porque Tú
eres la más grande inspiración
para salir adelante y por el amor
infinito que diariamente me
entregas.

Te Amo mi niña bella

DEDICATORIA

A Dios, A mi querida Hija y a mis Padres por ser el motor que me impulsa a salir adelante.

Arlette Khiara

Carlos e Isabel

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
I. PRESENTACION	02
II. HOJA RESUMEN	02
2.1.Título del Proyecto	02
2.2.Localización	02
2.3.Población Beneficiaria	02
2.4.Institución que lo Presenta	02
2.5.Duración del Proyecto	02
2.6.Costo Total	02
2.7.Resumen	02
III. JUSTIFICACION	04
IV. OBJETIVOS	34
V. METAS	34
VI. METODOLOGIA	35
6.1.Líneas de acción y/o estrategias de intervención	35
6.2.Sostenibilidad del proyecto	38
VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACION	39
VIII. RECURSOS REQUERIDOS	46
IX. CRONOGRAMA DE EJECUCION DE ACCIONES	47
X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES	55
XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES	55
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	56
ANEXOS	59

I. PRESENTACIÓN

El Trabajo Académico Titulado **Optimizando Coberturas de Vacunación en niños menores de 5 años de la jurisdicción del Puesto de Salud Santa Ana Costa – Chimbote, 2018**; la Estrategia de Inmunizaciones dentro de sus acciones es erradicar enfermedades o evitar el desarrollo de determinadas patologías en la población, con las vacunas se ha podido modificar la salud de los niños menores de 5 años y a su vez garantizar que los menores tengan acceso a las Vacunas, que son gratuitas y es un derecho de los niños. En los niños menores de 5 años la vacunación es prioridad en la salud pública por la alta morbimortalidad que las enfermedades imprevenibles han venido causando en todos los países del mundo.

Actualmente la Estrategia de Inmunizaciones viene implementando estrategias que permiten medir el impacto esperado para lograr coberturas adecuadas. En los últimos tiempos se busca disminuir la reaparición de enfermedades imprevenibles, el aumento de desnutrición crónica, el incremento de enfermedades diarreicas y respiratorias y el incremento de niños con habilidades especiales a consecuencia de no acceder oportunamente a las vacunas; consecuencias de las deficientes estrategias de gestión, del horario establecido y de los creencias de la madre o del cuidador familiar.

Es necesario elevar el nivel adecuado en todas las poblaciones para lograr un óptimo nivel de inmunidad colectiva y disminuir la morbimortalidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles. Por ello se realiza el presente Trabajo Académico que se desarrollará en la jurisdicción del establecimiento durante el año 2018 y 2019; institución que pertenece al I nivel de atención dentro de la Atención Primaria de la Salud y que concientizará a los profesionales para mejorar las coberturas de inmunizaciones en niños menores de 5 años y disminuir este problema de salud pública.

II. HOJA RESUMEN

2.1. TITULO DEL PROYECTO:

OPTIMIZANDO COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA JURISDICCIÓN DEL PUESTO DE SALUD SANTA ANA COSTA – CHIMBOTE, 2018

2.2. LOCALIZACION:

Distrito : Chimbote
Provincia : Santa
Departamento : Ancash
Región : Ancash

2.3. POBLACION BENEFICIARIA:

- **Beneficiarios Directos:** Los niños menores de 5 años de la jurisdicción del Puesto de Salud Santa Ana Costa
- **Beneficiarios Indirectos:** Los profesionales de salud del P.S Santa Ana Costa, las madres y los familiares cuidadores de niños menores de 5 años de la jurisdicción del Puesto de Salud Santa Ana Costa

2.4. INSTITUCIÓN QUE LO PRESENTA:

Puesto de Salud Santa Ana Costa que pertenece a la Microrred Magdalena Nueva y a la Red de SALUD Pacífico Norte – MINSA.

2.5. DURACION DEL PROYECTO: 01año

Fecha Inicio : Enero 2019.

Fecha Término : Enero 2020.

2.6. COSTO TOTAL: S/. 8,000.00

2.7. RESUMEN:

El presente Trabajo Académico Titulado **Optimizando Coberturas de Vacunación en niños menores de 5 años de la jurisdicción del Puesto de Salud Santa Ana Costa – Chimbote, 2018**; se puede evidenciar que en nuestro país principalmente en nuestra región el tema de coberturas de vacunación se ha convertido en un problema para la salud pública por las consecuencias que ocasiona. Desde el 2017 se viene fortaleciendo las herramientas de gestión como los cuadros, mapas sectoriales, base de datos, sala situacional y el padrón nominal web; lo cual ha permitido mejorar las coberturas de vacunación pero que todavía no se logra el resultado esperado en base a las coberturas de inmunizaciones.

Aunque los resultados aún no son los adecuados se busca crear estrategias para mejorar coberturas de vacunación en niños menores de 5 años. Por ello en el P.S. Santa Ana Costa aún se encuentran casos de niños que nunca iniciaron el calendario de vacunación, otros que no logran completar el esquema de vacunación y los que terminan su esquema de vacunación tardíamente. Esto explica el desconocimiento de la madre o del familiar cuidador sobre la no aplicación de las vacunas, el deficiente seguimiento en los niños o por el horario existente que impide el acceso de las vacunas a los menores de 5 años.

Contribuyendo a mejorar el nivel de salud de la población mediante la prevención y control de las enfermedades prevenibles por las vacunas. Dentro de las estrategias para minimizar la deserción en niños menores de 5 años son principalmente en el sector público y grupos socioeconómicos vulnerables; así como reforzar las campañas educativas para erradicar falsas contraindicaciones y concientizar al personal de salud sobre la importancia del control del esquema de vacunación.

III. JUSTIFICACIÓN

La Estrategia de Inmunizaciones busca contribuir en la disminución de la morbimortalidad por enfermedades inmunoprevenibles en niños menores de 5 años. Cada año se viene evitando la muerte de niños por falta de acceso a las vacunas, porque completen el calendario de vacunación oportuna y que las comunidades en la que es difícil llegar a un establecimiento puedan hacerlo. Existen algunas razones por las que no se llega a una cobertura ideal en vacunación como la falta de conocimiento por parte de la madre o del familiar cuidador, el horario de atención limitada y el deficiente seguimiento de herramientas de gestión por parte del personal de salud.

La falta de conocimiento e información de los padres o familiares cuidadores así como los falsos mitos o creencias conllevan a una cobertura de vacunación inadecuada y a su vez la disminución del cumplimiento de las dosis que le corresponden según la edad en el menor de cinco años. Las coberturas inadecuadas permiten observar la falta de protección a la comunidad de enfermedades inmunoprevenibles, situación que refleja vulnerabilidad de la comunidad ante posibles brotes epidémicos. Los mitos y creencias culturales no permiten que utilicen adecuadamente los servicios de inmunizaciones, eliminar ideas comunes y frecuentes es difícil tales como: ya he tenido mis hijos y no los vacune y tampoco les pasó nada, mi hijo está enfermo y no se puede vacunar, por esa vacuna mi niño se enfermó. Son algunas de las ideas erróneas que se tiene (1)

Este desconocimiento puede conllevar a la reaparición de enfermedades inmunoprevenibles, al incremento de enfermedades diarreicas y respiratorias, al incremento de niños con habilidades especiales y al aumento de la desnutrición crónica infantil. Informar a las madres o cuidadores familiares sobre las fechas programadas de vacunación permiten asegurar

su día programado para próxima vacunación y se asegura la continuidad de las madres al establecimiento si es que saben que vacunas van a proteger al niño de enfermar o morir.

La atención limitada por el horario de atención existente en el establecimiento influye para que las madres de los niños menores de 5 años no tengan acceso a las vacunas debido a las múltiples actividades que tienen que realizar durante las horas de atención (amas de casa, colegio o trabajo). Razones que podrían justificar su descuido de llevar al niño al Puesto de Salud para que continúe con su calendario de vacunación (1)

Esta razón ha conllevado al personal de salud a implementar el cuaderno de citas, para programar horarios de vacunación de acuerdo a las necesidades de la población y al del personal de salud. La programación de horarios permitirá favorecer un porcentaje mayor a las madres o familiares cuidadores y al profesional en cumplir con todas las actividades que también tiene responsabilidad dentro de la atención integral de salud.

El deficiente seguimiento por parte del personal de salud con herramientas de gestión; cuadros, mapas sectoriales, sala situacional, base de datos, padrón nominal web implica un inadecuado monitoreo, evaluación y manejo de la información. El suministro de las necesidades de las vacunas se puede programar de una base de datos actualizada, de no ser así la programación dejaría a muchos niños sin acceso a las vacunas. Así como recién nacidos sin la oportunidad de tener sus vacunas completas durante los 5 primeros años de vida.

Aquellos niños que iniciaron su esquema de vacunación pero no lo completaron, no recibe una protección completa, los recursos utilizados para vacunarlos son desperdiciados y no se utilizaron las herramientas de gestión que hubieran impedido de alguna manera el abandono al calendario de vacunación, siendo oportunidades perdidas y son tasas de deserción negativa. Las

herramientas de gestión minimiza que el personal de salud se sobrecargue de actividades, debiendo recolectar la información oportunamente para un adecuado monitoreo, mejorar coberturas y disminuir tasas de deserción.

A nivel Mundial la inmunización es una de las intervenciones de salud pública más eficaz, que permite evitar millones de defunciones cada año. A pesar del extraordinario progreso logrado en gran parte del mundo en la reducción de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación (EPV), algunos beneficios de inmunización no se han extendido a todas las personas y muchos niños, adolescentes y adultos siguen muriendo o sufren innecesariamente como resultado de las EPV. Esta situación afecta el desarrollo económico debido a las pérdidas de productividad, genera elevados costos de tratamiento en la atención de salud y perjudica desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medianos recursos económicos (2).

La cumbre de la Organización de Naciones Unidas (ONU) sobre los objetivos de desarrollo del Milenio, realizada en el año 2016, concluyó con la adopción de un plan de acción mundial para alcanzar los 17 objetivos de lucha contra la pobreza, proteger el planeta y garantizar que las personas gocen de paz y prosperidad; cuya fecha límite de cumplimiento es el año 2030. Uno de estos objetivos es reducir la mortalidad infantil en dos terceras partes en los niños menores de cinco años. En este marco, las vacunas, como herramientas de prevención primaria, desempeñan un rol clave para lograr estos objetivos.

Según la OMS se estima que hoy en día las inmunizaciones previenen entre 2 y 3 millones de muertes al año y protegen a muchas personas de enfermedades inmunoprevenibles y la discapacidad irreversible. En el 2013 aproximadamente el 84% (112 millones) de los recién nacidos en todo el mundo recibieron 3 dosis de vacuna, tétanos-difteria-tosferina (DTP3)

protegiéndolos contra enfermedades infecciosas que pueden causar enfermedades y discapacidades graves o la muerte. Sin embargo, uno de cada cinco niños sigue perdiendo vacunas que salvan vidas diariamente y que podrían evitar 1,5 millones de muertes cada año por enfermedades prevenibles (3).

En América Latina los niveles crecientes de cobertura de las vacunas tradicionales de la infancia siguen siendo mayores de 90%, entre los más altos del mundo. En 2013, se informa para América Latina una cobertura nacional por debajo del 90% en la mayor parte de los biológicos a excepción de la BCG3, mientras 45% de los más de 15,000 establecimientos de salud que existen notificaron una cobertura de menos de 45%. Los indicadores de Vacunación en menor de 1 año de edad, para el año 2013 evidencian que en Centroamérica, Nicaragua, tiene las más altas coberturas de vacunación, una tasa de deserción en DTP1-3 más baja y el más alto porcentaje de establecimientos con cobertura mayor e igual al 95% (4).

En el Perú en el año 2015 aumentó en 14% la vacunación en niños menores de un año y llegó a alcanzar una cobertura del 90%. Sin embargo, el porcentaje de menores de tres años con vacunas completas solo llega al 23%. En décadas pasadas el Perú fue un ejemplo en inmunizaciones, en el año 1991 pese a la existencia de la vacuna contra la poliomielitis, era el último país donde aún persistía la enfermedad, recibiendo gran apoyo internacional para erradicar el mal y logró su propósito. Esa experiencia le sirvió para 10 años después eliminar otras enfermedades, como el sarampión (2001) y la rubeola (2007). Sin embargo ese liderazgo se ha perdido, a tal punto que actualmente la vacunación en el país no logra alcanzar los estándares óptimos (3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que para que los niños estén protegidos por una vacuna se debe alcanzar una cobertura de inmunización del 95%.

Cualquier medida por debajo de ella no es suficiente y, aunque en el Perú en los años 2013 y 2014 la cobertura de atención bajó; el año pasado la vacunación básica que incluye la BCG (1 dosis), DPT (3 dosis), polio (3 dosis) y sarampión (1 dosis) en niños menores de un año creció y alcanzó el 90%.

En el 2016 hasta la actualidad una de las regiones con coberturas alcanzadas por encima del 80% y con apoyo presupuestal es Ancash y que tiene alta población en dispersión; por lo cual es una de las regiones con presupuesto y quien hasta la fecha se ha mantenido con coberturas óptimas. Comparando la proporción de menores de 36 meses con vacunas básicas completas para su edad desde el 2014 hasta el 2016 son de 76.6, 81.9 y 82% respectivamente. Concluyendo que la región Ancash ha continuado con coberturas ideales en el proceso de inmunizaciones (3).

La estrategia sanitaria de Inmunizaciones en la Red de Salud Pacífico Norte quien cuenta con 46 establecimientos a su cargo reporta un porcentaje de 84.9% en cobertura de acceso a la vacuna pentavalente, de 84.3% de cobertura de seguimiento a la vacuna pentavalente y un 74.6% de protegidos con tercera dosis de pentavalente hasta octubre del presente año. Realidad que nos indica una deserción elevada debido a factores negativos que influyen en no obtener el porcentaje esperado en la vacuna pentavalente. Este indicador evidencia posibles fallas en la información y promoción de las vacunas, cabe destacar que uno de los mejores aliados del Programa Ampliado de Inmunizaciones es precisamente la comunicación efectiva.

El Puesto de Salud Santa Ana Costa perteneciente a la Red de Salud Pacífico Norte que se encuentra ubicada en la Av. Camino Real s/n cuenta con una población 614 niños menores de 5 años y que a través de la Estrategia Sanitaria Local de Inmunizaciones, considera como prioridad la vacunación en los 11 Asentamientos Humanos de la Jurisdicción (San Miguel,

Fraternidad, Ramal Playa, 7 De Febrero, 10 De Setiembre, 25 De Mayo, Ciudad de Paz, Villa Flores, Santa Irene, Monte Chimbote, Amp. Ramal Playa) para evitar éstas enfermedades prevenibles por vacuna que son graves, incapacitantes e incluso pueden llevar a la muerte. Un porcentaje de esta población es migrante ya que se movilizan a otras zonas a vivir no logrando proteger a sus niños con vacunas completas; otro porcentaje minoritario de ésta población se desplaza a otras zonas por motivos de trabajo y regresan después de algún tiempo sin lograrse vacunar. La falta de manejo de las herramientas de gestión es otra de las razones por las que no se cumple un adecuado seguimiento de vacunación al menor de 5 años.

Es importante buscar estrategias para aumentar el número de niños con esquema completo de vacunación, relacionándose a la existencia de oportunidades perdidas de vacunación como son: falsas contraindicaciones: fiebre, diarrea, vómito, resfrío o tos; actitud del personal al evitar abrir un frasco multidosis por un niño la logística y organización del servicio (desabastecimiento de vacunas, horarios y días de vacunación, personal ausente) estas circunstancias son causas de que las personas no retornen a los establecimientos de salud para completar su esquema de vacunación.

La prioridad de tener en cuenta que los primeros años de la vida de un niño es el período de mayor vulnerabilidad para adquirir enfermedades. En este período los principales responsables de la salud de sus hijos son justamente los padres o los familiares cuidadores, por ello es de vital importancia ofrecerles toda la información posible para que puedan tomar la decisión más acertada respecto a la vacunación de sus pequeños.

Es tarea del personal de salud garantizar mayor confiabilidad del programa de vacunación y aumentar la seguridad en la población vacunada; además debemos estar preparados para atender cualquier preocupación que surja y a su vez poder solventar cualquier evento adverso que se produzca. En el futuro inmediato, las vacunas continuarán teniendo un gran impacto social en la prevención de las enfermedades infecciosas.

La inmunización es el proceso de inducir artificialmente la inmunidad o proporcionar protección frente a una determinada enfermedad. La inmunización activa consiste en estimular al organismo para que produzca anticuerpos y otras respuestas inmunitarias a través de la administración de una vacuna, con el objetivo de que produzca una respuesta similar a la infección natural.

El principal beneficio de la vacunación infantil es que salva vidas. Gracias a la existencia de los calendarios de vacunación podemos afirmar que enfermedades infecciosas frecuentes en la infancia, que se suponían eran la principal causa de mortalidad infantil, actualmente se consideran un asunto del pasado.

Sin embargo, a pesar del importante avance en el control de las enfermedades, la inmunización no ha estado libre de controversias y existen algunos problemas de pérdida de credibilidad en la población, con consecuencias negativas en los casos en que se decide interrumpir la vacunación. Cuando aumenta la preocupación pública sobre los riesgos de las vacunas se traduce en una disminución en las coberturas de vacunación, lo que trae como consecuencia la presencia de nuevos casos, defunciones y hospitalizaciones e incluso la aparición de epidemias evitables. De ahí la importancia de realizar por parte de las autoridades

de salud las campañas educativas dirigidas a la población con el objetivo de ir recobrando la confianza en las vacunas y en su respectivo programa (5)

La incidencia de las enfermedades frente a las que se vacuna y las coberturas de vacunación son los criterios de valoración esenciales de los programas de vacunación. Se debe ser conscientes de que se necesita alcanzar altas coberturas de vacunación que impidan la circulación del microorganismo entre la población, para que la eliminación y erradicación de estas enfermedades a través de la vacunación sea posible.

El acceso universal con elevada cobertura de vacunación y la sensibilidad del sistema de vigilancia epidemiológica son estrategias fundamentales para alcanzar y sostener metas globales de salud pública como la erradicación de enfermedades no transmisibles. Y sólo el 61.3% de responsables de los niños que dijeron poseer la tarjeta de control pudieron mostrarla, lo que sugiere que el personal de salud probablemente no la solicita ni la revisa durante los servicios otorgados, por lo que los usuarios no identifican su utilidad para dar seguimiento a las dosis aplicadas y faltantes de vacunas (5,6).

Los datos muestran que se han introducido mejoras significativas en la cobertura de las intervenciones de salud pública desde 1990. Por ejemplo, las tasas de inmunización para el sarampión, la difteria, la tos ferina y el tétanos, la hepatitis B y la *Haemophilus influenzae* de tipo B han aumentado en la mayoría de las regiones. Sin embargo, hay variaciones importantes entre regiones. Las tasas de inmunización más altas se encuentran en la Región de las Américas y la Región de Europa, y las tasas más bajas en la Región de Asia Sudoriental.

En Bulgaria la epidemia de sarampión que ocurrió en los años 2009 y 2010, ocasionando 24.047 casos de sarampión y 24 muertos. Otro ejemplo es la epidemia difteria en la Federación Rusa que comenzó en 1990 y posteriormente se extendió a otros países de la antigua Unión Soviética, con más de 157.000 casos y 5.000 muertos entre los años 1990 y 1998.

Los avances científicos actuales permiten proteger la salud de nuestros niños y niñas frente a ciertas enfermedades. Algunas de las enfermedades que se previenen mediante la vacunación fueron muy temidas hace pocos años. Por ejemplo la poliomielitis en España causó 2.132 casos de parálisis permanente en el año 1959 y hasta 208 muertos en 1960, la gran mayoría de los afectados eran niños menores de 15 años.

Durante el 2013 sólo el 58% de niños lambayecanos menores de 4 años recibieron la vacuna contra la influenza, SPR (sarampión, paperas y rubeola), y DPT Según se informó, a pesar de que la cobertura de vacunación contra algunos virus y bacterias alcanzaron el 100%, existen distritos donde se registraron niveles altos de deserción como es el caso de Chiclayo, La Victoria, Monsefú, Oyotún, José Leonardo Ortiz, Lambayeque, Jayanca, Olmos, Mórrope, Salas, Kañaris, Inkahuasi, Ferreñafe y Pueblo Nuevo.

La OMS, a través de programas organizados de vacunación lleva muchos años coordinando esfuerzos para lograr la máxima cobertura a nivel internacional. El cumplimiento de estos programas requiere la colaboración tanto de la administración como del personal sanitario implicado, estableciendo las estrategias adecuadas adaptadas a la realidad socio sanitario que es distinta en cada país.

A pesar de los esfuerzos, las coberturas de vacunación distan en muchos países de ser las óptimas, lo que reduce la probabilidad de erradicar determinadas enfermedades infecciosas y aumenta el riesgo de epidemias. En España actualmente la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles es baja. En cuanto a las coberturas de vacunación, son altas en niños menores de 5 años, pero aún queda mucho por hacer (3).

Los avances científicos actuales permiten proteger la salud de nuestros niños y niñas frente a ciertas enfermedades. Algunas de las enfermedades que se previenen mediante la vacunación fueron muy temidas hace pocos años. Por el contrario, cuando la cobertura de vacunación disminuye, aumenta el número de personas susceptibles y el número de casos de enfermedad vuelve a aumentar.

Cuando bajan las coberturas de vacunación reemergen estas enfermedades en forma de brotes o epidemias. Estos brotes o epidemias se producen cuando se van acumulando personas susceptibles año tras año por no vacunarse o vacunarse con menos dosis de las necesarias para tener buena protección.

La vacunación es una medida costo-efectiva. La vacunación es, una de los mecanismos de más costo-efectividad de salud pública, con grandes beneficios para la salud y bienestar de la población. Además de ahorrar en los costos de tratamiento de las enfermedades, la vacunación tiene un impacto económico significativo: también protege de los efectos que las enfermedades tienen a largo plazo sobre el bienestar físico y mental de las personas. En otras palabras, la vacunación previene muertes y discapacidad por una fracción del coste del tratamiento de la enfermedad, beneficiando tanto a las personas de manera individual como a la sociedad en su conjunto (3).

Algunos estudios a nivel internacional detallan lo siguiente:

Castellano E. (7), Argentina 2016, realizó la Investigación “Recupero de esquemas atrasados: Como evitar oportunidades de vacunación”, con el objetivo de establecer una guía actualizada para la vacunación de huéspedes sanos con esquemas retrasados de vacunación según las recomendaciones nacionales vigentes, cuya finalidad es mejorar la cobertura de aquellos que no han sido vacunados oportunamente. La metodología son los sistemas de registros detallando la vacuna, grupo etario y sexo como datos básicos o registros informatizados y nominalizados. Una de las ventajas es la posibilidad de acceder al historial de vacunación de cada persona desde cualquier lugar geográfico. Concluye que la vacunación es una de las medidas de salud pública prioritaria y efectiva para el control de las enfermedades, modificando el impacto epidemiológico. El éxito de un programa de vacunación dependerá de la sostenibilidad de los logros realizados, el aumento de las coberturas de vacunación y la capacidad para introducir las nuevas vacunas de manera efectiva.

Valdiviezo P. (8), en Ecuador 2017, realizó la Investigación denominado Estudio Comparativo de Pacientes con y sin Esquema de Vacunación y la presencia de Enfermedades Gastrointestinales, su objetivo: Las principales complicaciones gastrointestinales en niños que fueron atendidos en el área de emergencia del Hospital Guayaquil, 2017. Estudio Retrospectivo, de corte transversal y descriptiva, describe la situación y las causas que llevaron a la hospitalización de los niños menores de 3 años. El resultado es que el 100% de las madres de los niños hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Guayaquil manifestaron que los temas expuestos fueron interesantes además despejaron sus dudas y las madres manifestaron que la exposición fue dada con claridad. Concluyendo que el sexo masculino en la edad de 12 a 36 meses que viven en zonas rurales y mestizos, presentan signos y síntomas de deshidratación en

su mayoría moderada grado II. Seguido por niños de 6 a 11 meses que presentaron altos porcentajes de gastroenteritis debido a falta de servicios básicos.

Gudiño A., León K. (9), en Ecuador 2018 realizaron si Investigación Titulada Relación entre el conocimiento y el cumplimiento materno del esquema de inmunización en niños menores de 5 años, siendo su objetivo Determinar la relación entre el conocimiento y el cumplimiento materno del esquema de vacunación en niños menores de 5 años. Su metodología es la investigación documentada a través de referencias bibliográficas. Sus resultados son que los efectos postvacunales que se encuentran son pocos casos y la nula experiencia de los padres o cuidadores hacen que abandonen la inmunización. Concluyen en crear nuevas estrategias y/o programas en el que se cuente con la participación de la comunidad y la colaboración de los padres o cuidadores, para que el porcentaje de incumplimiento disminuya teniendo coberturas ideales.

Algunos estudios a nivel nacional detallan lo siguiente:

Cruzado K. (10), en Trujillo 2014, realizó la Investigación “Protegiendo a mi hijo en el cumplimiento del calendario de vacunación en menores de 1 año”, es una investigación cuasiexperimental con preprueba y posprueba, grupos intactos; realizado a madres con sus respectivos niños menores de 1 años asistentes al Centro de Salud Materno Infantil El Milagro con la finalidad de determinar la efectividad de un Programa Educativo Protegiendo mi Hijo cumpliendo con el Calendario de Vacunación. Conformado por 90 madres de los cuales 45 corresponde a grupo control y 45 a grupo experimental. Dentro de sus resultados encontró que antes de la aplicación del Programa Educativo el grupo experimental tuvo el 24.4% de niños con calendario de vacunas completas y después del programa tuvo un 77.8%. mientras que el grupo control aumentó de 11.1% a 15.6% en el calendario de vacunación completa. Concluyendo que

el programa educativo fue efectivo al evidenciar incremento en el cumplimiento del calendario de vacunación en menores de 1 año en forma significativa.

García J. (11), en Lima 2015, realizó la Investigación Factores de Riesgo Asociados a una Vacunación Incompleta de Niños entre 6 y 36 meses en una Comunidad de la Sierra Peruana, se realizó un estudio de casos y controles en niños entre 6 y 36 meses que residen en la comunidad de Taquebamba, con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados a vacunación incompleta. 23 casos y 46 controles fueron incluidos en el estudio. En conclusión, en este estudio de casos y controles en una comunidad de la Sierra Peruana los factores que tuvieron asociación significativa con una vacunación incompleta fueron la edad del cuidador principal menor a 19 años y el estado civil soltero del cuidador principal, por lo que se debe prestar especial atención al estado de vacunación de niños cuyos cuidadores principales presenten estas características. Los resultados de este estudio abren las puertas para continuar las investigaciones relacionadas el tema en la búsqueda de lograr mayores coberturas de vacunación en nuestra población.

Anghis N. (12), en Huancavelica 2017, realizó la Investigación “Conocimiento sobre Inmunizaciones y el cumplimiento del calendario de vacunación en madres con niños menores de un año en el Centro de Salud de San Cristóbal-Huancavelica”, su objetivo es Determinar la Relación entre el Conocimiento sobre Inmunizaciones y el Cumplimiento del Calendario de Vacunación en madres con niños menores de un año. Es una investigación descriptiva que utilizó la técnica encuesta con su instrumento cuestionario y para el cumplimiento del calendario de vacunación el análisis documentario y su instrumento guía de análisis documentario. Los resultados indica que el 45,0% de las madres de familia de niños menores de 1 año desconocen sobre inmunizaciones; 35,0%, conocen poco; 20,0%, conocen; 62,5% de las madres de familia de niños menores de 1 año no cumplen el calendario de vacunación; 37,5%, si cumplen; y el

17,5%, conocen poco y no cumplen el calendario de vacunación. Concluyendo que existe evidencia estadística suficiente para afirmar la diferencia significativa del conocimiento sobre inmunizaciones y el cumplimiento del calendario de vacunación.

A nivel local no se encontraron estudios de investigación relacionados a nuestro Trabajo Académico.

LA INMUNIZACIÓN es un proceso de producción de inmunidad mediante la aplicación de antígeno. Consiste en la aplicación de vacunas que propician una respuesta inmunitaria del organismo ante determinados patógenos. La intención es alcanzar el desarrollo de una memoria inmunitaria que permita formar anticuerpos protectores contra el antígeno en cuestión.

VACUNA es la suspensión de microorganismos virales, bacterianos vivos, inactivados o sus fracciones, subunidades o partículas proteicas de los mismos, que al ser administradas inducen en el receptor una respuesta inmune específica contra la enfermedad infecciosa respectiva. Este proceso de vacunación comprende todos los procesos desde su producción, transporte, almacenamiento, distribución, preparación, manipulación, y concluye en el acto físico de su administración, previa actividad educativa de manera periódica dirigida a los padres de familia y población en general, para que reconozcan la importancia de la vacunación.

ANTÍGENO. Es una sustancia que se capaz de estimular la producción de una respuesta inmune, específicamente con la producción de anticuerpos. En algunos inmunobiológicos, el antígeno está claramente definido (toxoides diftérico o tetánico), mientras que en otros, es complejo o no está completamente definido (virus vivos atenuados, suspensiones de Bordetella pertussis muertas (13,14).

ANTICUERPO. El sistema inmune desarrolla defensas contra el antígeno, conocida como respuesta inmune, específicamente, con lo que producen moléculas proteicas llamadas anticuerpos (o inmunoglobulinas) y células específicas (en la llamada inmunidad mediada por células) que tienen como objetivo la eliminación de la sustancia extraña (virus, bacteria o toxina) (15).

La respuesta inmune por lo regular es específica contra el organismo o antígeno que la produce. Por ejemplo, los anticuerpos producidos en respuesta al virus del sarampión no tienen efecto protector contra rubéola. Cuando la vacuna es parecida al agente causal de la enfermedad, la respuesta inmune es de mayor calidad, es decir es más efectiva. Las vacunas inactivas por lo general, no son afectadas por los anticuerpos circulantes específicos del antígeno (13,14).

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD. Existen brechas en cuanto al lugar de residencia: la población del área rural es la que mayores problemas de acceso físico muestra, tomando en cuenta que es la población con condiciones de vida mayormente deficientes, lo que complica el acceso por los costos de transporte.

Respecto a la salud y la nutrición de las siguientes generaciones; las competencias para financiar en capital humano no sólo se ven restringidas por circunstancias individuales de los hogares, sino por la disponibilidad y la accesibilidad de los servicios públicos. La calidad relativa de estos dos factores varía en las diferentes regiones. En algunos lugares el factor determinante se da por el acceso existente a los servicios de salud, el cual está mediado por los ingresos económicos del hogar. En otras zonas, a pesar de que los servicios están disponibles, las restricciones que se verifican en los funcionamientos de los hogares impiden su aprovechamiento (15).

La Deserción al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es el abandono de una causa, grupo o ideal, por lo cual la deserción al Programa Ampliado de Inmunización está representado por todos aquellas personas que habiendo iniciado el Programa de inmunización abandonaron el cumplimiento del total de las vacunas recomendadas según el esquema de vacunación, para medir esta deserción se utiliza un indicador denominado Tasa de Deserción, el cual expresa el porcentaje de niños y niñas que recibieron la primera dosis de vacuna y que no completaron el esquema mínimo de vacunación.

Factores que influyen en la Deserción del Programa Ampliado de Inmunización. Existen causas que recaen en el abandono del calendario de inmunizaciones, entre ellos tenemos los factores educativos, factores económicos y los factores institucionales; un factor es un elemento que contribuye a que se produzca un resultado determinado, por lo que en esta investigación los factores son aquellos que de alguna manera influyen de manera positiva o negativa en la cobertura del programa y que permiten identificar las causas de deserción y cumplimiento adecuado del esquema de vacunación.

ANÁLISIS DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN. El análisis de las coberturas de vacunación, definida la cobertura efectiva como el porcentaje de niños que recibió el total de dosis del esquema de inmunizaciones para el primer año de edad, calculada tanto para la cobertura promedio del esquema completo como para cada tipo de vacuna, además este análisis de magnitud puede realizarse para cada país. Otra forma de analizar la cobertura consiste en elaborar perfiles de cobertura nacional.

BAJAS COBERTURAS DE VACUNACIÓN. Las bajas coberturas de vacunación indican la existencia de barreras de acceso a los servicios y las bajas coberturas de afiliación al seguro, alta acumulación de susceptibles. Otras condiciones de riesgo son los deficientes sistemas

de vigilancia epidemiológica o la proximidad con áreas de brote, normalmente, se monitorean los establecimientos a través de indicadores de vacunación y vigilancia. Sin embargo, hay otras medidas de riesgo que también se pueden utilizar para identificar y vigilar los centros de salud en riesgo (16).

CALENDARIO DE VACUNACIÓN. El esquema de inmunizaciones es una sucesión progresiva de vacunas que se administran, sistemáticamente, a toda la población en un país o área geográfica con el fin de garantizar una inmunización oportuna en la comunidad frente a las enfermedades para las que se dispone de una vacuna eficiente. Estos Calendarios, se van modificando en función de la disponibilidad de nuevas vacunas y de la evolución de la situación epidemiológica de las diferentes enfermedades prevenibles mediante vacunación (17,18).

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD ECONÓMICA. Clasificación de la población de 10 años y más en activa e inactiva, de acuerdo con el desempeño o no de una actividad económica o con la búsqueda de ésta, en la semana de referencia.

COBERTURA DE VACUNACIÓN. Las vacunas desde sus inicios y su aplicación colectiva en salud pública, en el pasado y en el presente sigue siendo una preocupación constante por parte de las autoridades sanitarias, ya sea a nivel internacional como nacional y local, el lograr tener estos datos y que sean confiables sobre la relación de personas vacunadas, identificando los grupos o sectores de la comunidad que son más vulnerables a enfermedades prevenibles por vacunas (19).

Actualmente hay diferentes indicadores de vacunación que permiten monitorear diferentes aspectos de la Estrategia de Inmunizaciones: acceso, seguimiento, resultados e impacto del programa. Estos indicadores se calculan en porcentajes, de tal manera que permitan hacer comparaciones entre diferentes grupos de edad, fecha y lugar. Se construyen utilizando valores numéricos que contienen.

Existen dos indicadores dentro de Inmunizaciones:

- Indicadores de Estructura, que mide tres aspectos importantes como es el porcentaje de ejecución presupuestal de niños con vacuna completa, el porcentaje de establecimiento con ambientes de vacunatorio operativos y porcentaje de establecimientos con actualización de Padrón nominal.
- Indicadores de Proceso; en la cual mide el acceso, seguimiento y deserción por tipo de vacuna trazada (20).

INDICADOR DE ACCESO. Es la magnitud de niños que fueron captados por la Estrategia de Inmunizaciones dentro y fuera del establecimiento, en relación con la población total de este grupo.

Se utiliza para analizar cuántos niños acceden a los servicios de vacunación y que deben completar esquemas de vacunación.

Para verificar denominadores poblacionales. Por ejemplo si es superior al 100% existe la posibilidad que la población esté subestimada.

Cuando es del 100% el acceso es adecuado y la posibilidad de tener coberturas con terceras dosis superiores al 90% es factible.

Cuando es menor al 100% disminuye la posibilidad de llegar a coberturas superiores al 90%. Esto significa que hay dificultades para llegar a la población de los niños definidos en la programación.

Se debe identificar las causas de estos problemas a fin de abordarlas oportunamente. En una población dispersa se envía brigadas móviles, campañas de difusión masivas y/o determinar el horario más conveniente para las vacunaciones. Esta situación identifica áreas de alto riesgo. El análisis del indicador de cobertura se hace con base en estándares definidos.

La meta de cobertura en todas las dosis es igual o superior al 95%.

Cuando es más del 95% la cobertura es adecuada, la protección adecuada y la posibilidad de epidemia disminuye.

Cuando es menos del 95% se identifican las causas con la finalidad de tratarlas y ajustar las estrategias de vacunación.

Cuando es mayor a 100% la población designada es mayor y debe ser ajustada o el registro de las dosis aplicadas no es de calidad. Esto nos sirve para saber cuántos niños y mujeres han regresado al establecimiento para completar su esquema de vacunación (20).

Cuando el índice de vacunación de acceso es bueno, del seguimiento depende el logro de la cobertura del niño o mujer completamente vacunado.

Es un indicador de calidad de la oferta del servicio, cuando la primera experiencia es buena los usuarios retornan para su atención.

INDICADOR DE SEGUIMIENTO: es un instrumento de vigilancia que busca evaluar el porcentaje de niños que continúan con su esquema de vacunación en el establecimiento. Si los resultados del indicador de acceso son adecuados, el llegar a una cobertura ideal dependerá del seguimiento.

Si la calidad del servicio brindado es buena se garantiza el indicador y los usuarios siempre retornarán a donde son vacunados.

TASA DE ABANDONO O TASA DE DESERCIÓN. (Indicador de seguimiento)
Cuando está por debajo del 5% es aceptable; demuestra que hay un buen sistema de seguimiento y la posibilidad de alcanzar una cobertura ideal o alta es factible. Cuando está por encima del 5% demuestra que hay problemas en el servicio de vacunación y mala calidad en la oferta. Debiéndose investigar las causas y corregirlas, por lo que es importante el análisis de las coberturas cada mes, tomando en cuenta que debe vacunar el 8.33 mensual y acumulable.

CATEGORIA OCUPACIONAL. Tipo de relación de dependencia que establece la persona con los medios de producción y el empleador. Estas son: empleado(a) del Glosario - Encuesta Nacional de Condiciones de Vida – ENCOVI - gobierno, empleado(a) privada, jornalero(a) o peón, empleado(a) doméstico(a), trabajador(a) por cuenta propia; patrón(a), empleador(a) o socio(a), trabajador(a) familiar sin pago, trabajador(a) no familiar sin pago (13).

CLASIFICACIÓN DE LAS VACUNAS. De acuerdo con su forma de obtención, se clasifican en vivas atenuadas y muertas o inactivadas. Según su composición, se clasifican en víricas o bacterianas.

Vacunas vivas atenuadas. Son provenientes del agente que causa la enfermedad, virus o bacteria, estos virus o bacterias son atenuados, es decir debilitados en el laboratorio generalmente, por cultivos repetidos. Para producir una respuesta inmune, las vacunas vivas deben replicarse en la persona vacunada, cuando estas vacunas replican, generalmente no causan enfermedad tal como lo haría la enfermedad natural, cuando en algunos casos se produce enfermedad leve y se refiere como un evento supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización (ESAVI).

La inmunidad que generan las vacunas puede ser interferida por anticuerpos circulantes de cualquier fuente (transfusiones, transplacentarios) y en estos casos no hay respuesta a la vacuna, por lo que para administrar una vacuna siempre se deben revisar los lineamientos técnicos emitidos por el programa de Inmunizaciones. Estas vacunas son frágiles y se pueden dañar o destruir con la luz o el calor. Entre las vacunas vivas atenuadas de uso en la estrategia son: virales vivas (sarampión, rubeóla, paperas, polio, fiebre amarilla) y bacterianas vivas (BCG), es importante conocer cuáles son las vacunas que se pueden exponer a bajas temperaturas.

Vacunas inactivas o muertas: Estas vacunas son producidas por el crecimiento de la bacteria o del virus en un medio de cultivo, se inactivan con calor o con productos químicos

(generalmente formalina). En el caso de vacunas inactivas que derivan de una fracción, el organismo es tratado para purificar solamente ese componente. Estas vacunas no son vivas, por lo tanto no pueden replicar y tampoco pueden causar enfermedad, aún son personas inmunocomprometidas. La respuesta de la vacuna no se afecta con la presencia de anticuerpos circulantes. Estas vacunas pueden ser administradas aún con anticuerpos presentes en sangre por pasaje transplacentarios o por la administración de sangre o derivados.

ESQUEMA DE VACUNACIÓN: Toda Estrategia de vacunación debe tener como finalidad principal y prioritaria estratégicamente para proteger al menor de un año antes que se encuentre con la posibilidad de adquirir cualquier enfermedad. Por esta razón las dosis de las vacunas deben ser administradas según calendario establecido dentro del Programa de inmunizaciones.

El calendario de inmunizaciones perfecto consistiría en una vacuna única administrada al nacer que protegiera de por vida contra las enfermedades, ésta utopía no resulta factible y todo esquema de vacunas ha de conformarse con un término medio, buscando proteger al niño en el menor tiempo posible, reconociendo que la seroconversión en el caso de algunos de los antígenos cubiertos en inmunizaciones, es función de la edad. Por el contrario, deben establecerse pautas locales de acuerdo con la epidemiología de cada una de las enfermedades inmunoprevenibles y la capacidad de respuesta de la población a los agentes inmunizantes.

Un factor a considerar en el cumplimiento de los esquemas de vacunación es el número de contactos ente la población y el centro de salud el agente sanitario. Idealmente el número de visitas de niños al centro de salud durante el primer año de vida, debería ser mensual o en caso de no ser posible, cada dos meses. Sin embargo, se observa que en muchas circunstancias el programa no puede ejecutarse por una serie de factores que dependen de la distancia al centro, el trabajo de las madres (20)

El método ideal de prestación de servicios de salud, si los recursos fueran ilimitados, sería un centro de salud de fácil acceso, que diariamente proporcionara servicios curativos, de rehabilitación y preventivos para todas las familias. Dado que los recursos son, por supuesto, limitados, la realidad se aparta de este ideal. Algunas veces los centros permanentes no suministran servicios integrados o no proveen servicios a diario sino cada semana o cada mes. En ciertos casos extremos los únicos servicios de inmunización de que se dispone son los que proporciona una unidad móvil que visita el lugar dos veces por año, únicamente con ese fin. Partiendo de que lo ideal, sería que los servicios de inmunización se prestaran desde centro de salud permanente, los administradores de programas tendrán que adaptar la prestación de servicios a la capacidad de la infraestructura existente y, paralelamente, esforzarse por ampliar dicha capacidad. Si la prestación fuera mensual, podrá aplicarse el esquema de inmunización de cinco contactos para lograr una protección temprana.

ESAVI. Los eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización, - *ESAVI* se definen como todo cuadro clínico que aparece luego de la administración de una vacuna y debe ser investigado a nivel local y notificado al Programa de Farmacovigilancia, con copia a la estrategia de Inmunizaciones.

EFICACIA E INMUNIDAD DE LA VACUNA. La respuesta vacunal se produce entre los siete y 14 días y la reacción máxima de los anticuerpos se produce entre cuatro y seis semanas después de la infección o la vacunación. Más de 90% de las personas vacunadas han tenido protección contra la rubéola por al menos 15 años. Se han realizado estudios posteriores que indican que una dosis de vacuna confiere protección por largo tiempo, probablemente de por vida (21).

Estrategias y tácticas de vacunación. Las actividades de vacunación deben llevarse a cabo dentro del contexto de la estructura establecida de la atención primaria de la salud. Pueden emplearse distintas tácticas de vacunación:

- Vacunación Horizontal: es la que se realiza todos los días y horario hábil en los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública, Es Salud y particulares.
- Campañas especiales: una es la Semana de Vacunación de las Américas que se realiza en el mes de abril y la Semana Nacional de la Salud que se realiza en el mes de octubre, con el objetivo de vacunar a todos los rezagos.
- Equipo móvil de inmunización. Otra forma de actividad externa es la que desarrolla un equipo móvil, formado por varios agentes de salud, que viajan caminando o en vehículo que se les ha asignado de manera permanente a zonas no atendidas por los servicios de salud existentes para vacunar y prestar otros servicios de salud.

ESQUEMA COMPLETO PARA LA EDAD (*indicador de resultado*) Mide la proporción en porcentaje, de niños que han recibido todas las vacunas apropiadas para su edad del esquema de vacunación, y que, por consiguiente, quedan protegidos. Puede realizarse para niños con esquema completo a los 6, 9, 12 meses.

El análisis del indicador de cobertura de esquema completo da información sobre el nivel de protección contra todas las enfermedades prevenibles por vacunación.

Las oportunidades perdidas y es muy importante detectarlas en todos los niveles operativos, porque es importante vacunar a todos en el momento oportuno.

Factores sociales. Estos son: marginación, educación, problemas agrarios, marginación de un gran número de pueblos, trae como consecuencia el grave atraso en el desarrollo, registrándose, por ende, altos índices de pobreza, analfabetismo, deterioro de las condiciones de

salud y alimentación, así como en las condiciones de vida de la población, como si ya no hubieran expectativas de alcanzar mejores niveles de vida para las poblaciones.

Socioculturales. La real academia Española lo define como perteneciente o relativo al estado cultural de una sociedad o grupo social” referida a cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales de una sociedad o comunidad, referencia a una realidad construida por el hombre que puede tener que ver con o cómo interactúen de las personas entre sí mismas, con el medio/ambiente y con otras sociedad, de modo, que un elemento sociocultural tendrá que ver exclusivamente con las realizaciones humanas que puedan servir, tanto para organizar la vida comunitaria como para darle significado a la misma, tal es el caso de la vacunación.

Factores socio demográficos. Son características de cualquier actividad humana, sea social, laboral o educativa que exige partir de un buen diagnóstico que identifique los principales rasgos demográficos y sociales y la posición que ocupan en la estratificación social del país, ejemplo: sexo, estructura de edades, localización geográfica, traslados para desempeñar la función y estructura de ingreso de los hogares.

Factores económicos. La combinación de pobres políticas sociales y circunstancias económicas injustas está matando a la gente a gran escala, define la OMS en su Informe sobre Determinantes Sociales de Salud.

Los factores económicos, culturales, administrativos y sociales están asociados con los motivos de no vacunación de menores de 5 años. Es necesario realizar una acción conjunta entre la Alcaldía, la dirección local de salud, municipal si se quieren alcanzar coberturas vacúnales útiles en esta población.

Factores de los servicios de salud. Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un

sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.

El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias, el fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo.

Factores de los usuarios relacionados con bajas coberturas de vacunación. En muchos países se reconoce que los programas de vacunación requieren del dominio de elementos técnicos y organizacionales para ser accesibles a las poblaciones. Uno de ellos ha sido menospreciado de manera importante: la participación de la población y las causas que la motivan, históricamente, se conocen distintos casos en los que las poblaciones han rechazado la oferta de vacunas o condicionado su participación en los programas.

Es importante destacar que en los países industrializados existen comportamientos similares a los documentados en los países en desarrollo en relación a la existencia de mitos e ideas falsas sobre las vacunas (22).

En países industrializados ha sido el denominado "rechazo informado" que aparece vinculado al manejo de la información por parte de la población, mostrando que la causa más común para no aceptar la vacuna era el "consejo contra la vacuna" por parte de un profesional de la salud además de la presencia de alguna enfermedad en los niños antes de la inmunización y otros motivos referidos a olvidos, confusiones y factores relacionados.

A diferencia de los países industrializados, en los países en desarrollo se han encontrado dificultades específicas para lograr la cobertura universal. En este caso, la falta de participación

se ha asociado a la existencia de síndromes culturales en las poblaciones entre los cuales destaca el miedo a la vacunación y la falta de información, mitos y creencias.

Herramientas de gestión. Las herramientas de gestión como los mapas sectoriales, cuadros, sala situacional, padrón nominal web y la base de datos son estrategias que permiten al personal de salud monitorear las fechas próximas de vacunación de los niños menores de 5 años

Los mapas sectoriales es una distribución geográfica de la jurisdicción, se puede ver el acceso a los diferentes asentamientos humanos. Los registros de inmunizaciones son individuales por cada niño para un adecuado seguimiento y fecha de próxima vacunación. Los sistemas de información virtuales permite evaluar el número de vacunados, la incidencia de una enfermedad como las coberturas a las que llegaron. Este análisis de datos permite evaluar la calidad de la información, para ello se debe tomar en cuenta: disponibilidad del servicio de Internet cuando se requiera, contar con personal capacitado en sistemas de información virtual y tener un presupuesto para capacitaciones, mantenimiento del equipo de computadoras, tinta para impresión (1)

El presente Trabajo Académico se ajusta a la Teoría de la Adaptación del Rol Materno de Ramona Mercer que sugiere la necesidad de tener en cuenta el contexto familiar, la escuela, el trabajo, la Iglesia y otros elementos que son importantes en la adopción del rol materno; ésta necesidad debe estar a cargo de los profesionales de enfermería.

Durante este proceso en la que se crea el vínculo madre – niño se basa en 4 conceptos: El estado de Salud, Apoyo Social, Autoestima y Relación Madre – Padre (23).

Para efectos del Trabajo consideraremos solo el estado de salud que lo define como las percepciones que tienen los padres acerca de la salud actual y futura de su hijo.

Esta teoría relaciona el cuidado de los padres pues permite crear conciencia en las familias de madres de niños menores de 5 años para garantizar que los niños tengan acceso a las vacunas y disminuirá las enfermedades inmunoprevenibles y la morbimortalidad infantil.

La teoría permite crear competencias en los cuidados relacionados al papel de la maternidad para permite interactuar conocimientos y socializarlo durante toda su vida.

Ramona Mercer señala sus Meta paradigmas de la siguiente manera:

Persona: Como se percibe a “si mismo”. A través de la autonomía maternal una mujer puede alcanzar de nuevo su propia condición de ser humano.

Salud: lo define como la imagen que tienen los padres de su salud previa.

Entorno: No lo define. Explica el conocimiento que tienen los padres, o red de apoyo sobre la adopción del papel maternal. El apoyo, el amor y la retribución por parte de la pareja son fundamentales para que la mujer sea capaz de adoptar el rol de madre.

Enfermería: Se basa en el conocimiento que evoluciona desde la adolescencia hasta la edad adulta. Siendo los profesionales de enfermería los que proveen salud, continuando con la interacción de la gestante durante la maternidad.

El impacto del presente Trabajo Académico es lograr coberturas de vacunación adecuadas, para desarrollar una mejor calidad y efectividad de atención, incrementar las dosis de vacunas en la población objetiva y en todos los servicios de salud del país, aumentar la captación de niños no vacunados, implementar campañas específicas destinadas a minimizar los riesgos de una eventual expansión de las enfermedades por una mayor circulación de virus o la importación de virus de enfermedades ya erradicadas en el país.

Así mismo va a contribuir en optimizar los indicadores anuales de cobertura de vacunación y fijar metas locales y nacionales que modifiquen las estrategias de gestión, y distribuir racionalmente los apoyos logísticos por parte de las Redes de salud.

La importancia de señalar que el presente Trabajo de Intervención reforzará también el actuar comunitario de las madres y del familiar cuidador de los niños menores de 5 años del Puesto de Salud Santa Ana Costa concientizándolo y capacitándolo sobre el conocimiento de vacunación, la importancia de acudir a sus citas programadas para lograr erradicar o minimizar las enfermedades inmunoprevenibles.

Por lo expuesto la intervención de enfermería debería fortalecer las estrategias que permitan disminuir las coberturas de vacunación revelando que, una alta proporción en la vacunación de los niños no se realiza en el tiempo apropiado, con lo cual aumenta el riesgo de enfermedad y de aparición de brotes. Es preocupante observar el tiempo que nuestros pacientes permanecen en riesgo por no recibir en forma oportuna las vacunas correspondientes. Esto conlleva al incremento de enfermedades inmunoprevenibles con la consecuencia de las bajas coberturas en vacunación en los niños menores de 5 años.

El marco legal se basa en los siguientes documentos:

- Ley N° 26842, Ley General de Salud
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud
- Ley N° 28010, Ley General de Vacunas
- Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto
- Decreto Supremo N°020-2014-SA, que aprueba el Texto único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley de Aseguramiento Universal en salud.

- Resolución Ministerial N° 600-2007/MINSA, que aprueba la NTS N°058-MINSA/DGSP-V.01. Norma Técnica de Salud para el Manejo de Cadena de Frío en las Inmunizaciones.
- Resolución Ministerial N°464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico. Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad
- Resolución Ministerial N°556-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 193-MINSA/DGSP-V.01. Directiva Administrativa. Metodología para la Mejora del Desempeño en base a buenas Prácticas para la Atención de Salud en el Primer Nivel de Atención.
- Resolución Ministerial N° 800-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 049-MINSA/DGE-V.01, Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Sarampión, Rubéola y otras Enfermedades Febriles Eruptivas.
- Resolución Ministerial N°944-2012/MINSA, que aprueba la NTS N° 100-MINSA/DGSP-V.01. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Joven.
- Resolución Ministerial N°063-2014/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N°054-MINSA/DGE-V.01, Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o inmunización. (ESAVI)
- Resolución Ministerial N°997-2014/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Plan Nacional “Bienvenidos a la Vida” en el marco de las acciones de fortalecimiento para la reducción de la morbilidad neonatal en el Perú 2015-2016.
- Resolución Ministerial N°651-2016/MINSA, aprueba Norma Técnica N°080-MINSA/DGIESP-V.04. Norma Técnica de salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación

IV. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Coberturas adecuadas de vacunación en niños menores de 5 años de la jurisdicción del P.S. Santa Ana Costa – Chimbote, 2018

Objetivos específicos:

- Profesional de salud capacitado en la norma Técnica de ESNI
- Trabajo con equipo multidisciplinario eficiente
- Conocimiento adecuado de las madres sobre las complicaciones de la no aplicación de las vacunas.

V. METAS:

EL presente Trabajo de Investigación tiene las siguientes metas:

- 100% de talleres de capacitación al personal de salud sobre norma técnica de ESNI
- 12 reuniones para elaboración de la programación de instrumentos de gestión
- 3 reuniones de gestión con la jefatura de establecimiento para implementación de horarios
- 100% de los servicios de salud reorganizados
- 4 talleres de capacitación a la madre y al cuidador familiar
- 4 campañas de vacunación
- 1 jornada de vacunación
- 1 barrido de vacunación
- 1 pasacalle

VI. METODOLOGIA

6.1. LINEAS DE ACCIÓN Y/O ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN: Las estrategias para el Trabajo Académico es de Capacitación y Gestión que serán utilizadas en las diversas etapas del proyecto de intervención. Esto permitirá poner énfasis en el fortalecimiento de conocimientos y actitudes que permitan mejorar las coberturas por ser bienestar de salud pública. A continuación detallamos las dos líneas de acción:

A. CAPACITACIÓN

La capacitación, es un proceso educacional de carácter estratégico aplicado de manera organizada y sistémica, mediante el cual el personal adquiere o desarrolla conocimientos y habilidades específicas relativas al trabajo y modifica sus actitudes frente a aspectos de la organización, el puesto el ambiente laboral (24).

La capacitación en los profesionales de enfermería debe llevarse a cabo con base a un diagnóstico situacional que vincule las necesidades de la institución con la de los trabajadores, en el Puesto de Salud Santa Ana Costa no se reciben capacitaciones frecuentes ni continuas por no tener flexibilidad en los horarios y porque las capacitaciones que se realizan son autofinanciadas. Por parte de la Red Norte tampoco existen capacitaciones específicas en el tema de coberturas de vacunación, ni pasantías que contribuyan al desarrollo profesional y competencias del trabajador de salud para una buena calidad de atención.

Acciones:

- 1(a). Talleres de capacitación al personal de salud sobre norma técnica de ESNI
- 1(e). Talleres de capacitación a la madre y al familiar cuidador
- 1(f). Actividades preventivas promocionales: en campañas de vacunación, jornadas, barridos, pasacalles

B.- GESTIÓN:

El concepto de gestión hace referencia a la acción y a la consecuencia de administrar o gestionar algo. Permite llevar a cabo diligencias que hacen posible la realización de una operación o una finalidad de cualquier ámbito. También podemos decir que abarca las ideas de gobernar, disponer, dirigir, ordenar u organizar una determinada cosa o situación (25).

En el Puesto de Salud Santa Ana Costa no existe una adecuada gestión, porque las coordinaciones para las reuniones programadas no se dan por falta de tiempo, por las múltiples actividades de las diferentes estrategias de vacunación, por las citas programadas; siendo estas reprogramadas pero que muchas de las veces ya no se realizan por el actuar diario que dificulta la comunicación, lo que permite tener una dirección vertical por parte de las autoridades del establecimiento.

En este presente Trabajo de Investigación se realizarán actividades de gestión que permitirán mejorar las coberturas de vacunación.

Acciones:

1(b). Taller de elaboración de herramientas de gestión, gráficos, base de datos, padrón nominal, mapas sectoriales

1(c). Reuniones de gestión con la jefatura del establecimiento para implementación de horarios de trabajo

1(d). Reuniones multidisciplinarios para organizar los servicios de salud del Puesto de Salud Santa Ana Costa para mejorar la calidad de atención

6.2. SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

La sostenibilidad del proyecto estará a cargo del equipo de salud que trabaja directamente en la unidad y/ o servicio colocar según sea su caso del servicio de Enfermería, la Jefatura de Enfermería tiene el compromiso de interrelacionarse con la Red de Salud Pacífico Norte y el Puesto de salud Santa Ana Costa con los profesionales de salud con la finalidad de incrementar las coberturas de vacunación en un 10%.

VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN.

MATRIZ DE MONITOREO

Resultados del marco lógico	Acciones o actividades	Metas por cada actividad	Indicadores de producto o monitoreo por meta	Definición del indicador	Fuente de verificación	Frecuencia	Instrumento que se utilizará para el recojo de la información
1. Profesional de salud capacitado en la norma técnica de ESNI	1a. Talleres de capacitación al personal de salud sobre norma técnica de ESNI	100% de talleres de capacitación al personal de salud sobre norma técnica de ESNI	Número de talleres de capacitación ejecutadas al personal de salud sobre norma técnica ESNI <hr/> Número de talleres de capacitación programadas al personal de salud sobre norma técnica ESNI	Los talleres fortalecen la capacidad de fortalecer el aprendizaje en el profesional de salud	Cuaderno de actas fotos Registro de asistencia al taller	2 Talleres al año	Registro de personal Cuaderno de actas
	1b. Taller de elaboración de herramientas de gestión: gráficos, padrón nominal, base de datos, sala situacional	12 sesiones para elaboración de la programación de instrumentos de gestión	Número de sesiones ejecutadas para elaboración de la programación de instrumentos de gestión <hr/> Número de reuniones programadas para elaboración de la programación de instrumentos de gestión	Los instrumentos de gestión permite sintetizar y ordenas los procesos de atención de salud	Registro de asistencia Cuadernos de acta Rol de turnos	1 sesión mensual	Cuaderno de actas

<p>2. Trabajo con equipo multidisciplinario eficiente</p>	<p>2a. Reuniones de gestión con la jefatura del establecimiento para implementación de horarios de trabajo</p> <p>2b. Reuniones multidisciplinarias para organizar los servicios de salud del Puesto de Salud Santa Ana Costa para mejorar la calidad de la atención</p>	<p>3 reuniones de gestión con la jefatura del establecimiento para implementación de horarios</p> <p>4 reuniones multidisciplinarias para organizar los servicios de salud para mejorar la calidad de atención</p>	<p>Número de reuniones de gestión ejecutadas con la jefatura de establecimiento para implementación de horarios</p> <p>Número de reuniones de gestión programadas con la jefatura de establecimiento para implementación de horarios</p> <p>1 reuniones multidisciplinarias para organizar los servicios de salud para mejorar la calidad de atención</p>	<p>La implementación de los horarios permitirán satisfacer las necesidades de salud de la población</p> <p>Reuniones multidisciplinarias para mejorar la calidad de atención</p>	<p>Cuaderno de actas fotos Registro de asistencia al taller</p> <p>Cuaderno de actas fotos Registro de asistencia a las reuniones</p>	<p>1 reunión cada 4 meses</p> <p>1 en el año</p>	<p>Lista de chequeo</p> <p>Lista de chequeo</p>
<p>3. Conocimiento adecuado de la madre sobre las complicaciones de la no aplicación de la vacuna.</p>	<p>3a. Talleres de capacitación a la madre y al cuidador familiar</p> <p>3b. Actividades preventivo promocionales: Campañas de vacunación, jornadas, barridos, pasacalles</p>	<p>4 talleres de capacitación a la madre y al cuidador familiar</p> <p>4 campañas de vacunación, 1 jornada de vacunación, 1 barrido cde 1 pasacalle</p>	<p>Número de talleres de capacitación ejecutadas a la madre y al cuidador familiar</p> <p>Número de talleres de capacitación programadas a la madre y al cuidador familiar</p> <p>Número de campañas de vacunación ejecutadas</p> <p>Número de campañas de vacunación programadas</p> <p>Número de jornadas de vacunación ejecutadas</p>	<p>Los talleres permitirán fortalecer el conocimiento a la madre de las complicaciones de la no vacuna</p> <p>Las campañas de vacunación a la población mejorarán el procesos d aprendizaje en la población</p>	<p>Cuaderno de actas fotos Registro de asistencia al taller</p> <p>Cuaderno de actas fotos Registro de asistencia al taller</p>	<p>1 taller por trimestre</p> <p>1 Campaña por trimestre</p>	<p>Registro de asistencia</p> <p>Registro de asistencia</p>

			Número de jornadas de vacunación programadas Número de barridos de vacunación ejecutadas <hr/> Número de barridos de vacunación programadas Número de pasacalles de vacunación ejecutadas <hr/> Número de pasacalles de vacunación programadas				
--	--	--	--	--	--	--	--

MATRIZ DE SUPERVISION

Jerarquía de objetivos	Metas por cada nivel de jerarquía	Indicadores de impacto y efecto	Definición del Indicador	Fuente de verificación	Frecuencia	Instrumento para recolección de la información
Propósito: Coberturas adecuadas de vacunación en niños menores de 5 años de jurisdicción del P.S. Santa Ana Costa	Incremento en un 10% de las coberturas de vacunación en niños menores de 5 años de la jurisdicción del P.S. Santa Ana Costa	1. Porcentaje de los niños que fueron captados o ingresados al calendario de vacunación $\frac{\text{Número de niños menores de 1 año vacunados con 1ra dosis de vacuna pentavalente}}{\text{Número total de niños menores de 1 año}}$ 2. Porcentaje de los niños que se vacunaron con 2da dosis según calendario de vacunación $\frac{\text{Número de niños menores de 1 año vacunados con 2ra dosis de vacuna pentavalente}}{\text{Número total de niños menores de 1 año}}$ 3. Porcentaje de los niños programados, que completaron sus esquemas de vacunación por cada tipo de vacuna $\frac{\text{Número de niños menores de 1 año vacunados con 3ra dosis de vacuna pentavalente}}{\text{Número total de niños menores de 1 año}}$ 4. Porcentaje de niños que habiendo recibido su primera dosis no terminaron recibiendo su tercera dosis $\frac{\text{Número de dosis de pental administradas} - \text{número de dosis administradas con penta3}}{\text{Número total de dosis administradas}}$	Coberturas de vacunación a través de los porcentajes de niños vacunados en menores de 5 años	1. Registros de la Base de Datos del SIS 2. Padrón Nominal homologado y actualizado 3. Población RENIEC por grupo de edad para el año 4. Registro diario de vacunas del establecimiento en niños menores de años 5. Oficina de Estadística a nivel de la Unidad Ejecutora	Mensual	Informes mensuales

		<p>Número de dosis de penta1 administradas</p> <p>5. Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con vacunas completas de acuerdo a su edad</p> <p>Indicadores</p> <p>Sumatoria de los niños vacunados menores de 1 año hasta los 4 años según metas físicas</p> <hr/> <p>Porcentaje de la población menor de 1 año hasta los 4 años</p> <p>6. Porcentaje de Recién nacido, comprendidos entre hasta 28 días, que reciben en el transcurso de las primeras 24 horas de vida las vacunas de BCG y HVB.</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de RRNN vacunados con BCG y HVB}}{\text{N}^\circ \text{ Total de niños menores de 1 año}}$</p> <p>7. Porcentaje de niños y niñas menores de 1 año vacunadas con 2da dosis de rotavirus y neumococo</p> <p>$\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños menores de 1 año vacunados con 2da dosis de rotavirus y neumococo}}{\text{N}^\circ \text{ Total de niños menores de 1 año}}$</p>				
--	--	--	--	--	--	--

Jerarquía de objetivos	Metas por cada nivel de jerarquía	Indicadores de impacto y efecto	Definición del Indicador	Fuente de verificación	Frecuencia	Instrumento para recolección de la información
1. Profesional de salud capacitado en la norma técnica de ESNI	100% de profesionales de salud capacitados en la norma técnica de ESNI	Número de capacitaciones ejecutadas al profesional de salud en la norma técnica de ESNI Número de capacitaciones programadas al profesional de salud en la norma técnica de ESNI	La Norma técnica de ESNI permite fortalecer los conocimientos ya existentes	Norma técnica de ESNI	1 capacitación al año	Lista de chequeo
2. Trabajo con equipo multidisciplinario eficiente	4 Reuniones con el equipo multidisciplinario	Número de reuniones ejecutadas con el equipo multidisciplinario Número de reuniones programadas con el equipo multidisciplinario	El trabajo en equipo mejora la satisfacción de las necesidades de los pacientes	Cuaderno de actas Rol de turnos	4 reuniones al año	Registro de asistencia
3. Conocimiento adecuado de la madre sobre las complicaciones de la no aplicación de la vacuna.	100% de talleres de capacitación a la madre sobre complicaciones de la no aplicación de la vacuna	Número de talleres de capacitación ejecutadas a la madre sobre complicaciones de la no aplicación de la vacuna Número de talleres de capacitación programadas a la madre sobre complicaciones de la no aplicación de la vacuna	Verificación del conocimiento en las complicaciones de la no aplicación de la vacuna	Cuaderno de actas Fotos Registro de asistencia al taller de capacitación	1 taller al año	Registro de asistencia

7.1. Beneficios

Beneficios con proyecto

- Disminución de la desnutrición crónica Infantil.
- Altas coberturas de Vacunación.
- Disminución de las enfermedades diarreicas y respiratorias.
- Erradicación de enfermedades inmunoprevenibles.
- Disminución de niños con habilidades especiales.

Beneficios sin proyecto

- Aumento de la tasa de morbilidad y mortalidad en los niños menores de 5 años de la jurisdicción.
- Incremento de enfermedades diarreicas y respiratorias.
- Se incrementa el costo económico en salud por incremento de enfermedades inmunoprevenibles que habían sido erradicadas.

VIII. RECURSOS REQUERIDOS

Materiales:

N° Orden	Concepto	Precio	Cantidad	Gastos propios	Aporte requerido
01	Materiales de escritorio y coordinaciones	S/5,000	400	S/400.00	S/5,400.00
02					
03	Campañas	S/. 500.00	01	S/50.00	S/500.00
04	Jornadas	S/. 500.00	01	S/50.00	S/500.00
05	Barridos pasacalle	S/. 500.00	01	S/50.00	S/500.00
		S/. 500.00	01	S/50.00	S/500.00
Total				S/.600.00	S/.7,400.00

Presupuesto total

DENOMINACION	APORTE REQUERIDO	GASTOS PROPIOS	GASTO TOTAL
Recursos materiales	S/. 7,400.00	S/. 600.00	S/. 8,000.00
Total			S/. 8,000.00

IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES

PLAN OPERATIVO

OBJETIVO GENERAL: Coberturas adecuadas de vacunación en niños menores de 5 años de la jurisdicción del P.S. Santa Ana Costa – Chimbote, 2018

Nº	ACTIVIDAD	META	RECURSOS		CRONOGRAMA		INDICADOR
			DESCRIPCION	COSTOS	2019		
					I	II	
1	Elaboración del proyecto “Coberturas adecuadas de vacunación en niños menores de 5 años de la jurisdicción del P.S. Santa Ana Costa – Chimbote, 2018”	1 proyecto elaborado	Informe	S/200.00	X		1 proyecto

2	Presentación y exposición del Proyecto a la Dirección	1 proyecto	Informe	S/200.00	X		1 proyecto
3	Coordinación con la Oficina de Capacitación	02	Informe		X		2
4	Elaboración de indicadores de gestión	02	Guías de atención	S/100.00		X	2 indicadores de gestión
5	Ejecución del Proyecto de Intervención	01	Informe	S/150.00	X		1
6	Evaluación del proyecto de Intervención	01	Informe	0.00		X	1
7	Presentación del Informe Final	01	Informe	S/150.00		X	1

1. OBJETIVO ESPECIFICO: Profesional de salud capacitado en la norma Técnica de ESNI

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA	
					2019	
			DESCRIPCION	COSTOS	I	II
1	Taller de elaboración de herramientas de gestión: gráficos, padrón nominal, mapa sectorial, base de datos, sala situacional	Reuniones de coordinación con jefatura para la ejecución del taller de herramientas de gestión: padrón nominal	Oficio	S/100.00		X
		Elaboración del Plan para el taller de elaboración de herramientas de gestión	Informe	S/100.00		X
		Ejecución de las herramientas de gestión: padrón nominal, base de datos, sala situacional	Documentos	S/500.00		X

2. OBJETIVO ESPECIFICO Trabajo con equipo multidisciplinario eficiente

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA	
					2019	
			DESCRIPCION	COSTOS	I	II
1	2a. Reuniones de gestión con la jefatura del establecimiento para implementación de horarios de trabajo	Reuniones de Coordinación con Jefatura para ampliar horarios de atención	Oficio	S/100.00		X
		Elaboración del Rol de Turnos Mensualizado	Informe	S/100.00		X
		Elaboración del Rol de Turnos Extramuro	Informe	S/200.00		X

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA		INDICADOR
					2019		
			DESCRIPCION	COSTOS	I	II	
1	2b. Reorganización multidisciplinaria para organizar los servicios de salud del Puesto de Salud Santa Ana Costa para mejorar la calidad de la atención	Reuniones de Coordinación con Jefatura para organización de los servicios de enfermería	Oficio	S/100.00		X	1 Oficio
		Reunión con el equipo multidisciplinario para acuerdos de atención por turnos	Informe	S/100.00		X	1 Informe
		Actualización y ejecución del MOF en forma participativa	Documentos	S/1,500.00		X	1 Informe

3. OBJETIVO ESPECIFICO 3: Conocimiento adecuado de la madre sobre las complicaciones de la no aplicación de la vacuna.

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA	
			DESCRIPCION	COSTOS	2019	
					I	II
1	3a. Talleres de capacitación a la madre y al cuidador familiar	Reuniones de coordinación con jefatura para la ejecución del taller de capacitación a la madre y al cuidador familiar	Oficio	S/100.00		X
		Elaboración del Plan del taller de Capacitación a la madre y al cuidador familiar y de los materiales de difusión.	Informe	S/100.00		X
		Ejecución y Certificación del taller de Capacitación a la madre y al cuidador familiar.	Documentos	S/2,000.00		X

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA	
					2019	
			DESCRIPCION	COSTOS	I	II
1	3b. Actividades preventivo promocionales: en Campañas de vacunación, jornadas, barridos, pasacalles	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración del plan de trabajo para programación de las campañas de salud • Elaboración del plan de trabajo para programación de jornadas de vacunación • Elaboración del plan de trabajo para los barridos • Elaboración del plan de trabajo para el pasacalle 	Oficio	S/2,000.00		X
		<ul style="list-style-type: none"> • Presentación y organización del plan de trabajo de la campaña de salud a la jefatura • Presentación y organización del plan de trabajo de jornadas de vacunación 	Informe	S/100.00		X

		<ul style="list-style-type: none"> • Presentación y organización del plan de trabajo para los barridos • Presentación y organización del plan de trabajo para el pasacalle 				
		<ul style="list-style-type: none"> • Ejecución, evaluación y Certificación de las campañas de salud. • Ejecución y evaluación para la Certificación de jornadas de vacunación • Ejecución y evaluación para la Certificación de los barridos • Ejecución y evaluación del pasacalle 	Documentos	S/100.00		X

X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES

El Proyecto de Intervención “Optimizando Coberturas de Vacunación en niños menores de 5 años de la jurisdicción del P.S. Santa Ana Costa – Chimbote, 2018” estará a cargo de la autora en coordinación con el equipo de gestión de calidad enfermería, jefatura de servicio y departamento, calificados para organizar, dirigir, realizar incidencia política cuando el proyecto lo requiera y participar de las actividades propias del proyecto como talleres de capacitación a las madres de los niños menores de 5 años de las familias del P.S. Santa Ana Costa.

XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES

El presente proyecto de intervención coordinará con la Red de Salud Pacífico Norte para crear estrategias y aplicar las herramientas de gestión para disminuir las bajas coberturas de vacunación en niños menores de 5 años de la jurisdicción del P.S. Santa Ana Costa.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Unicef. Acciones esenciales en Inmunización. 2007. Disponible en. http://www.mchip.net/sites/default/files/Immunization%20Essentials_Spanish.pdf
2. Boletín de Inmunizaciones. Organización Panamericana de la Salud. Volumen XXXV. Número 1 Febrero 2013
3. Boletín Informativo sobre Inmunizaciones. Organización Panamericana de la Salud. 2013
4. Starfield B. Health Services research: A Working model. N Engl J Med. 1973; 289: 132-136
5. Atkinson WL, Hadler SC, Redd SB, Orenstein WA. Measles surveillance: United States, 1991. MMWR CDC Surveill Summ 1992;41(6):1-12.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Progress toward elimination of Haemophilus influenzae type b invasive disease among infants and children: United States, 1998-2000. MMWR 2002;51 (11):234-7.
7. Castellano V, Recupero de esquemas atrasados: como evitar oportunidades perdidas de vacunación. Revista Hosp. Niños (Bs. Aires) 2016
8. Valdiviezo P. Estudio comparativo de pacientes con y sin esquemas de vacunación y la presencia de enfermedades gastrointestinales.
9. Gudiño A., León K. Relación entre el conocimiento y el cumplimiento materno del esquema de inmunización en niños menores de 5 años. Ecuador. 2018.

10. Cruzado K. Efectividad del Programa Educativo “Protegiendo mi Hijo” en el cumplimiento del calendario de vacunación en menores de 1 año. Trujillo 2014
11. García J. Factores de Riesgo asociados a una vacunación incompleta de niños entre 6 y 36 meses en una ciudad de la Sierra Peruana. 2015
12. Anghis S. Conocimiento sobre inmunizaciones y el incumplimiento del calendario de vacunación en madres con niños menores de 1 año en el Centro de Salud San Cristóbal. Huancávelica 2017
13. Formación médica continuada: Actualización en vacunas. Conceptos generales. Calendarios de vacunación sistemática del niño y del adulto en España 2014. Impacto de los programas de vacunación Vaccination — General concepts. Disponible desde: <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2014.12.00>
14. Atkinson WL, Hadler SC, Redd SB, Orenstein WA. Measles surveillance: United States, 1991. *MMWR CDC Surveill Summ* 1992;41(6):1-12.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Progress toward elimination of *Haemophilus influenzae* type b invasive disease among infants and children: United States, 1998-2000. *MMWR* 2002;51(11):234-7.
16. Ramis Andalia RM, Sotolongo Codina PL. Aportes del pensamiento y las ciencias de la complejidad al estudio de los determinantes de la salud. *Rev Cubana Salud Pública* [en línea]. 2009 Dic [accesado 13 Oct 2011]; 35(4): 65-77.

17. Organización Panamericana de la Salud. Curso de gerencia para el manejo efectivo del PAI: vacunas del PAI. Washington, D.C: OPS; 2006.
18. Organización Panamericana de la Salud. Curso de gerencia para el manejo efectivo del PAI: vacunas del PAI. Washington, D.C: OPS; 2006.
19. Resolución Ministerial N°651-2016/MINSA, aprueba Norma Técnica N°080-MINSA/DGIESP-V.04. Norma Técnica de salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación
20. Gonzalez-Hachero J. Asociación Española de Vacunología. Universidad Virgen Macarena. Sevilla 2005
21. Trejo-Valdivia B. Encuesta Nacional de Cobertura de vacunación. México 2012; 54
22. Lohr K, ed. Medicare: A Stratesy for quality assurance. Washington, DC: Institute of Medicine, National AcademyPress; 1990
23. Marriner T. Adopción del rol materno-convertirse en madre de Ramona T. Mercer. (Ed.), séptima. Modelos y teorías en enfermería. España: Editorial Elsevier 2011
24. Robles J. Universidad San Carlos de Guatemala. Proyecto de Intervención en Capacitación y desarrollo del personal. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/378098456/Capacitacion-Proyecto-De-Intervencion>
25. Pérez J. Definiciones de Concepto de gestión. Actualizado: 2012. Disponible en: <https://definicion.de/gestion/>

ANEXO 1

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

El Puesto de Salud Santa Ana Costa no cuenta con local propio, es propiedad alquilada con límite de tiempo, además posee inadecuada infraestructura, escasos recursos humanos y materiales. La distribución de cada uno de los servicios se realizó de acuerdo a la bioseguridad de los trabajadores y para mejor acceso del personal de salud como para los pacientes. El servicio de Enfermería se encuentra ubicado en el segundo piso hacia el lado derecho y al lado izquierdo se encuentra la Estrategia Sanitaria de Tuberculosis quien cuenta solo con un ambiente de ingreso al paciente afectado por TB, evaluación del equipo multidisciplinario, adherencia al tratamiento así como las consejerías realizadas al paciente constantemente. La atención integral que se realiza a los pacientes en alguno de los casos es limitada, existe incomodidad de los pacientes afectados con TB como de los pacientes del servicio de enfermería debido a que tienen que pasar por el mismo ambiente para ser atendidos. Los ambientes de Enfermería son pequeños limitando la atención Integral que se le debe brindar a cada uno de los pacientes.

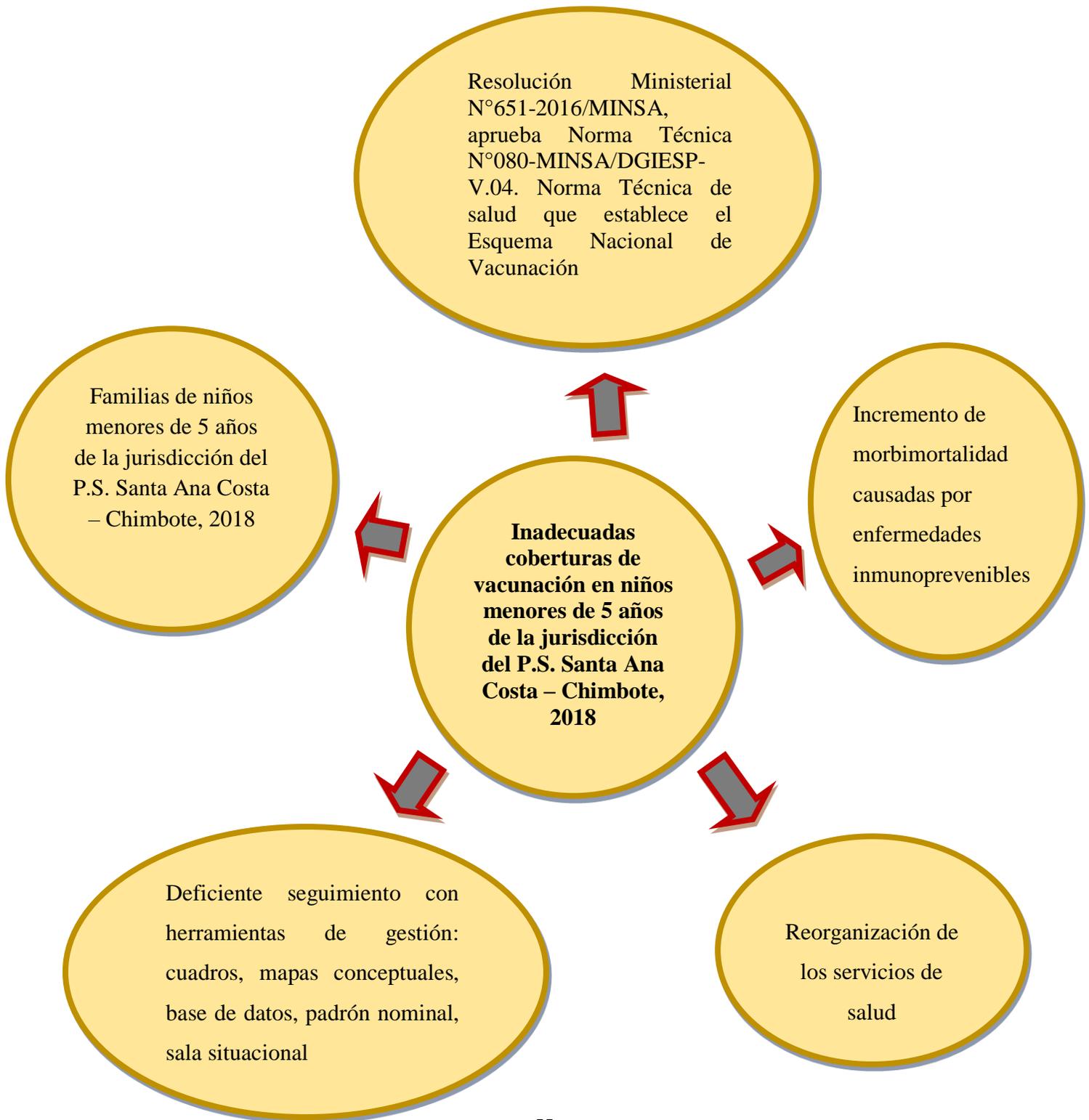
El servicio de inmunizaciones cuenta con dos ambientes: uno es de cadena de frío y el otro es el vacunatorio. Ambientes que no cuentan con las medidas requeridas según la Norma Técnica, pero que brindan una atención de eficiencia y calidad a todos los usuarios del Puesto de Salud Santa Ana Costa. Existe deficiencia en la renovación de materiales que son indispensables en inmunizaciones pero que no impide la atención diaria de la institución.

La jurisdicción del establecimiento cuenta con 11 asentamientos humanos (San Miguel, Fraternidad, 25 de Mayo, 7 de Febrero, 10 de Setiembre, Ciudad de Paz, Santa Irene, Villa Flores, Monte Chimbote, Ramal Playa, Ampliación Ramal Playa) distribuidos en sectores asumidos con responsabilidad por los profesionales de salud, pero existe la dificultad de la aplicación de las fichas familiares a familias en riesgo por los sectoristas debido al aumento de estrategias sanitarias y al poco recurso humano.

La zona donde se encuentra ubicado el Puesto de Salud Santa Ana Costa es una comunidad con diversos problemas sociales como el pandillaje, la drogadicción entre otros; razones por las que conllevaron a muchos problemas de salud, económicos y sociales. En algunas de las zonas no cuentan con los servicios básicos, tienen viviendas hacinadas sin las medidas sanitarias adecuadas, crían sus animales dentro de sus casas.

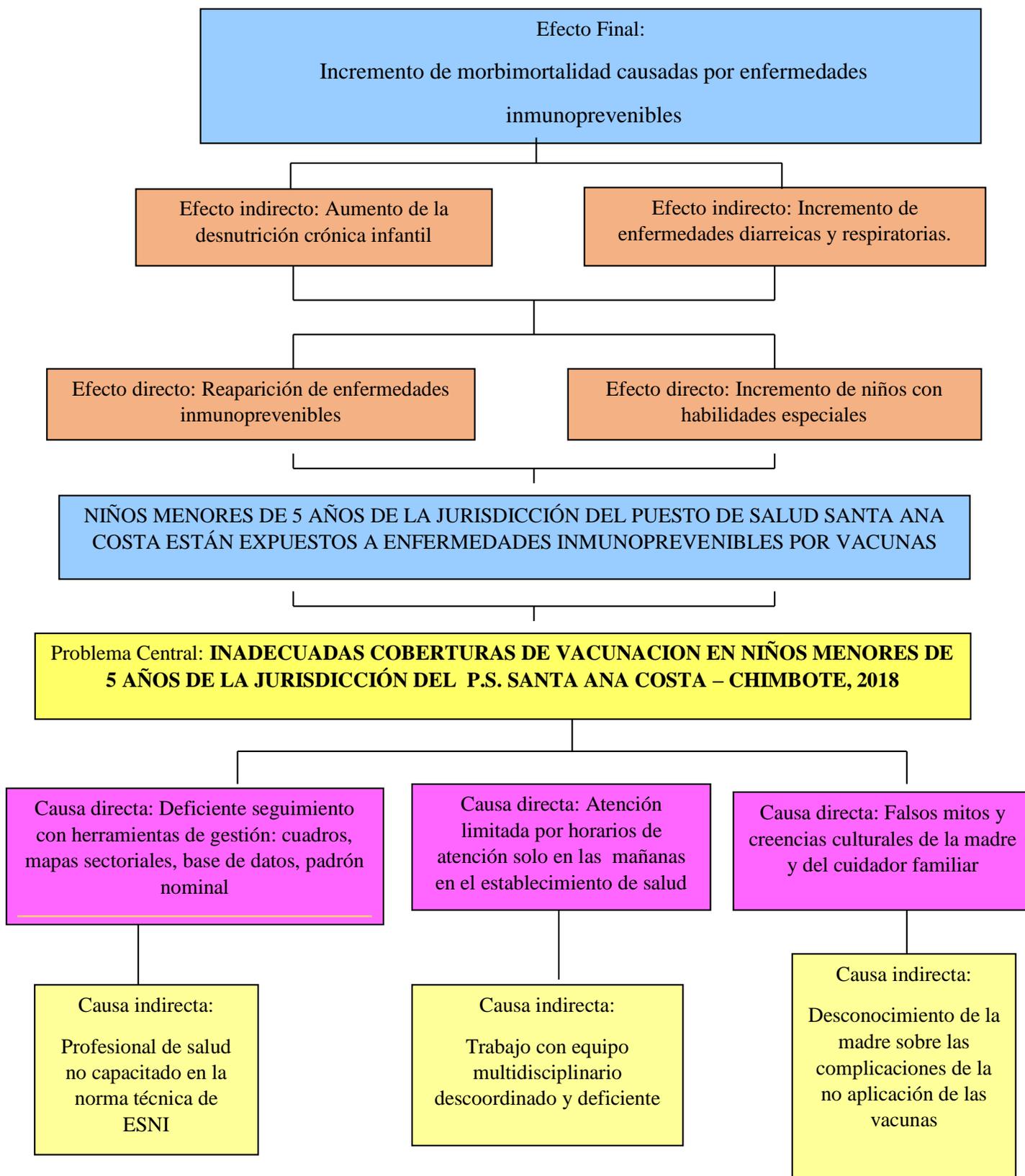
El Distrito de Chimbote tiene problemas de subempleo, de hacinamiento, de pobreza en algunas zonas; existen niños con problemas de salud que afectan su crecimiento y desarrollo. Existiendo un alto índice de la población con dificultad para el acceso a los servicios de salud.

**REVISION DEL PROBLEMA PLANTEADO Y DEFINICION FINAL
DEL PROBLEMA**



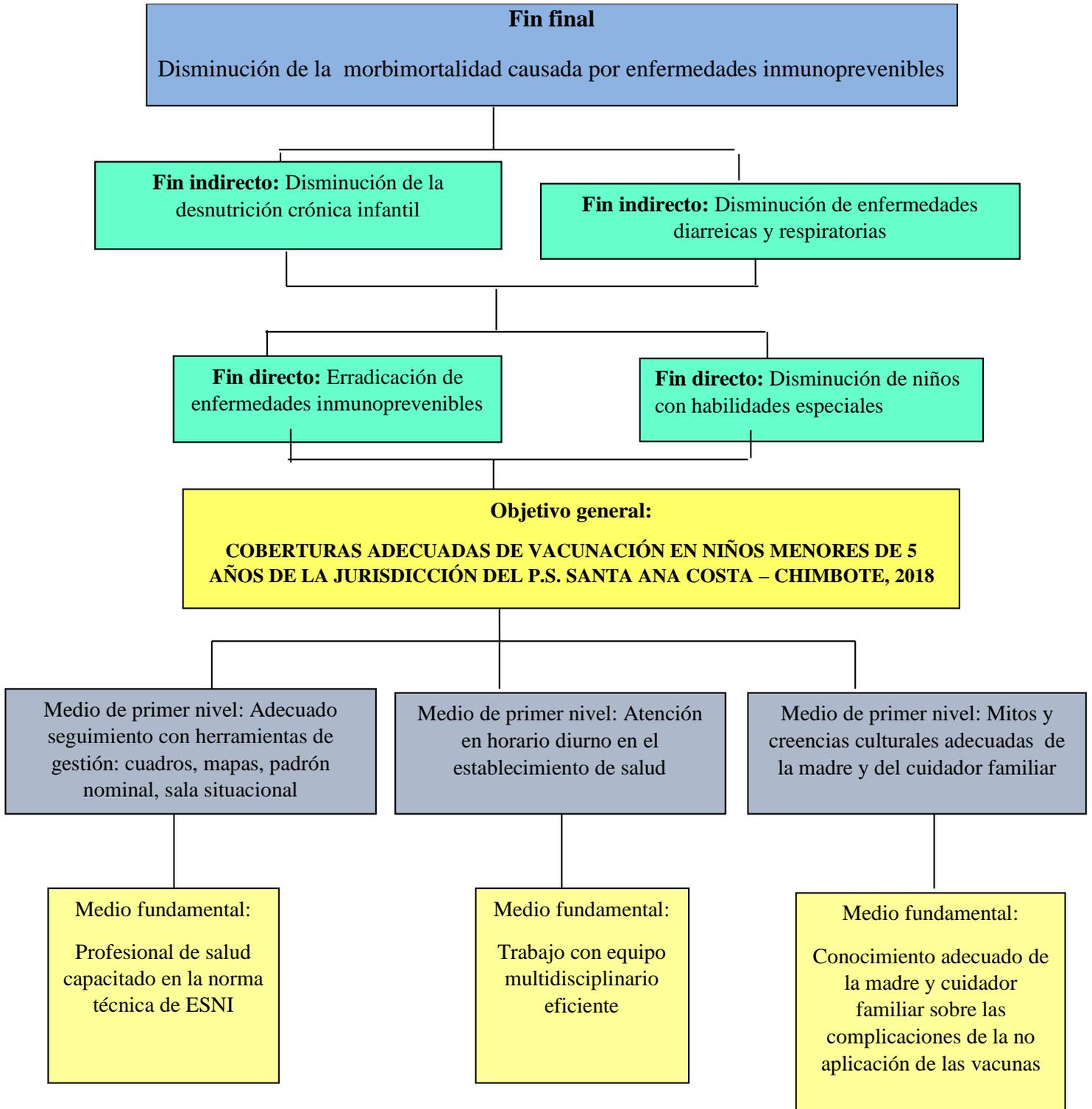
ANEXO 2

ARBOL DE CAUSA EFECTO

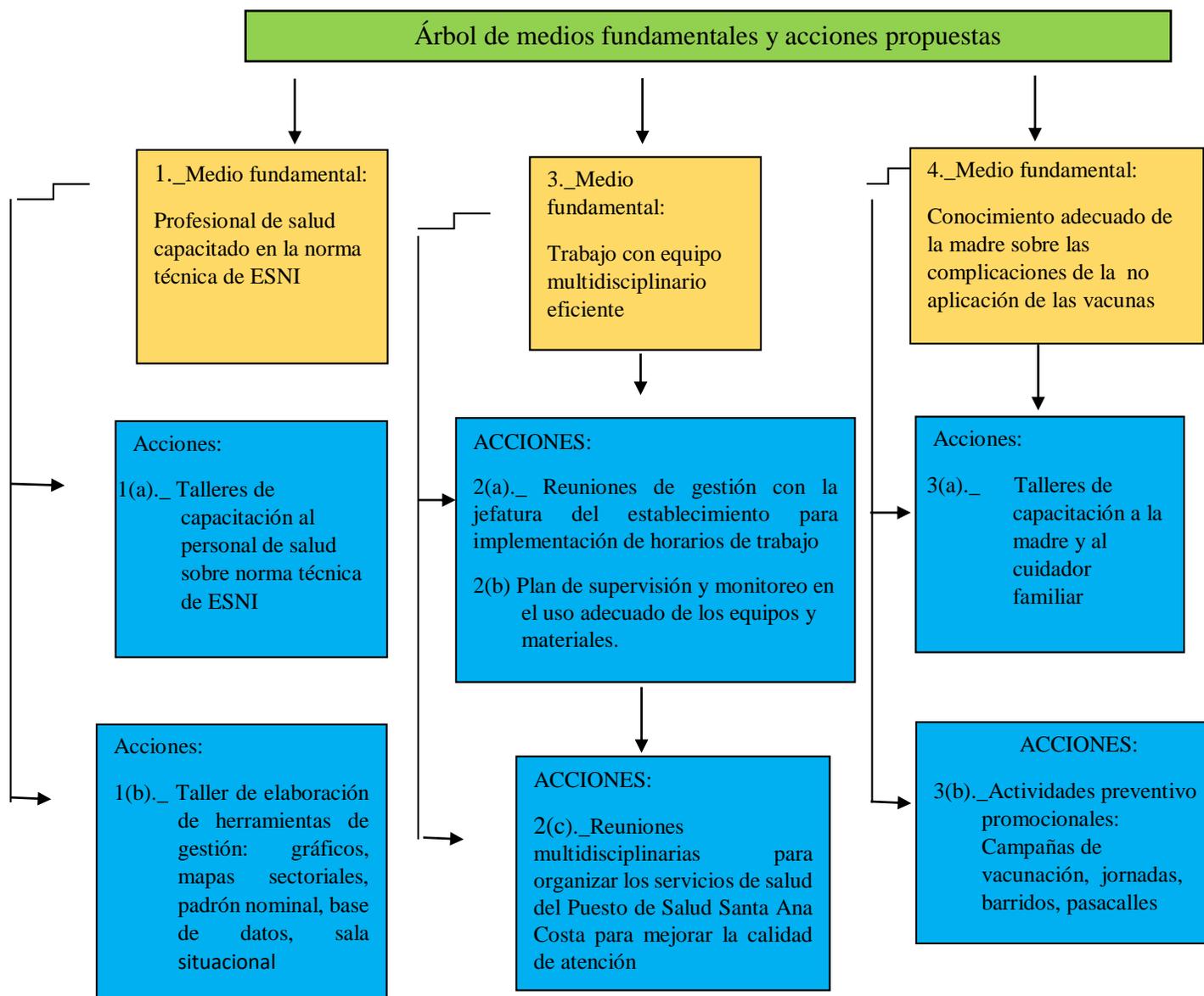


ANEXO 3

ÁRBOL DE MEDIOS Y FINES O ARBOL DE OBJETIVOS



ANEXO 4



3. MATRIZ DE MARCO LÓGICO

Correspondencia		Resumen de objetivos	Metas	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Causa/ Efecto	Fin	Disminución de morbimortalidad causada por enfermedades inmunoprevenibles				
	Propósito	Coberturas adecuadas de vacunación en niños menores de 5 años de las familias que acuden al P.S. Santa Ana Costa	Incremento en un 10% de las coberturas de vacunación en niños menores de 5 años en el P.S. Santa Ana Costa	<p>1. Porcentaje de los niños que fueron captados o ingresados al calendario de vacunación</p> <p>Número de niños menores de 1 año vacunados con 1ra dosis de vacuna pentavalente</p> <p>-----</p> <p>Número total de niños menores de 1 año</p> <p>2. Porcentaje de los niños que se vacunaron con 2da dosis según calendario de vacunación</p> <p>Número de niños menores de 1 año vacunados con 2ra dosis de vacuna pentavalente</p> <p>-----</p> <p>Número total de niños menores de 1 año</p> <p>3. Porcentaje de los niños programados, que completaron sus esquemas de vacunación por cada tipo de vacuna</p> <p>Número de niños menores de 1 año vacunados con 3ra dosis de vacuna pentavalente</p> <p>-----</p> <p>Número total de niños menores de 1 año</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registros de la Base de Datos del SIS • Padrón Nominal homologado y actualizado • Población RENIEC por grupo de edad para el año • Registro diario de vacunas del establecimiento en niños menores de años • Oficina de Estadística a nivel de la Unidad Ejecutora 	<ul style="list-style-type: none"> • La institución cuenta con Registros de la Base de datos del SIS • El padrón nominal homologado está actualizado con la población RENIEC según edad • Se cuenta con un registro diario de vacunas en niños menores de 5 años • A nivel de la Unidad Ejecutora cuenta con una oficina de estadística • Agentes comunitarios capacitados para realizar seguimiento de vacunación a los niños menores de 5 años

				<p>4. Porcentaje de niños que habiendo recibido su primera dosis no terminaron recibiendo su tercera dosis</p> <p>Número de dosis de pental administradas – número de dosis administradas con pentavalente</p> <p>-----</p> <p>Número de dosis de pental administradas</p> <p>5. Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con vacunas completas de acuerdo a su edad</p> <p>Indicadores</p> <p>Sumatoria de los niños vacunados menores de 1 año hasta los 4 años según metas físicas</p> <p>-----</p> <p>Porcentaje de la población menor de 1 año hasta los 4 años</p> <p>6. Porcentaje de Recién nacido, comprendidos entre hasta 28 días, que reciben en el transcurso de las primeras 24 horas de vida las vacunas de BCG y HVB.</p> <p>Nº de RRNN vacunados con BCG y HVB</p> <p>-----</p> <p>Nº Total de niños menores de 1 año</p> <p>7. Porcentaje de niños y niñas menores de 1 año vacunadas con 2da dosis de rotavirus y neumococo</p> <p>Nº de niños menores de 1 año vacunados con 2da dosis de rotavirus y neumococo</p> <p>-----</p> <p>Nº Total de niños menores de 1 año</p>		
--	--	--	--	---	--	--

Causa/ Efecto	Componentes	1. Profesional de salud capacitado en la norma técnica de ESNI	100% de profesionales de salud capacitados en la norma técnica de ESNI	Número de capacitaciones ejecutadas al profesional de salud en la norma técnica de ESNI <hr/> Número de capacitaciones programadas al profesional de salud en la norma técnica de ESNI	Norma técnica de ESNI	Coordinación con red de salud para capacitar al profesional de salud
		2. Trabajo con equipo multidisciplinario eficiente	4 Reuniones con el equipo multidisciplinario	Número de reuniones ejecutadas con el equipo multidisciplinario <hr/> Número de reuniones programadas con el equipo multidisciplinario	Cuaderno de actas	Jefatura de establecimiento sensibilizado con el trabajo
		3. Conocimiento adecuado de la madre sobre las complicaciones de la no aplicación de la vacuna.	100% de talleres de capacitación a la madre sobre complicaciones de la no aplicación de la vacuna	Número de talleres de capacitación ejecutadas a la madre sobre complicaciones de la no aplicación de la vacuna <hr/> Número de talleres de capacitación programadas a la madre sobre complicaciones de la no aplicación de la vacuna	Cuaderno de actas Fotos Registro de asistencia al taller de capacitación	Jefatura de establecimiento involucrado con las actividades de vacunación al niño menor de 5 años

Causa/ Efecto	1. Acciones	1a. Talleres de capacitación al personal de salud sobre norma técnica de ESNI	100% de talleres de capacitación al personal de salud sobre norma técnica de ESNI	Número de talleres de capacitación ejecutadas al personal de salud sobre norma técnica ESNI <hr/> Número de talleres de capacitación programadas al personal de salud sobre norma técnica ESNI	Cuaderno de actas fotos Registro de asistencia al taller	Jefe de establecimiento sensibilizado para asignación de personal de salud
		1b. Taller de elaboración de herramientas de gestión: gráficos, padrón nominal	12 reuniones para elaboración de la programación de instrumentos de gestión	Número de reuniones ejecutadas para elaboración de la programación de instrumentos de gestión <hr/> Número de reuniones programadas para elaboración de la programación de instrumentos de gestión	Cuaderno de actas fotos Registro de asistencia al taller	Personal capacitado y sensibilizado para el seguimiento al niño menor de 5 años
		1c. Reuniones de gestión con la jefatura del establecimiento para implementación de horarios de trabajo	3 reuniones de gestión con la jefatura de establecimiento para implementación de horarios	Número de reuniones de gestión ejecutadas con la jefatura de establecimiento para implementación de horarios <hr/> Número de reuniones de gestión programadas con la jefatura de establecimiento para implementación de horarios	Cuaderno de actas fotos Registro de asistencia al taller	Jefe de establecimiento sensibilizado con el seguimiento a los niños menores de 5 años
		1d. Reuniones multidisciplinarias para organizar los servicios de salud del Puesto de Salud Santa Ana Costa que permitan mejorar la calidad de atención	4 reuniones multidisciplinarias para organizar los servicios de salud	El número de reuniones multidisciplinarias para organizar los servicios de salud	Cuaderno de actas fotos Registro de asistencia al taller	Jefatura de establecimiento involucrado con las actividades de vacunación al niño menor de 5 años y con las reuniones multidisciplinarias

	1e. Talleres de capacitación a la madre y al cuidador familiar	4 talleres de capacitación a la madre y al cuidador familiar	Número de talleres de capacitación ejecutadas a la madre y al cuidador familiar <hr/> Número de talleres de capacitación programadas a la madre y al cuidador familiar	Cuaderno de actas fotos Registro de asistencia al taller	Jefatura de establecimiento involucrado con las actividades de vacunación al niño menor de 5 años
	If. Actividades preventivo promocionales: Campañas de vacunación, jornadas, barridos y pasacalles.	4 campañas de vacunación 1 jornada 1 barrido 1 pasacalle	Número de campañas ejecutadas de vacunación <hr/> Número de campaña programada de vacunación <hr/> Número de jornadas ejecutadas de vacunación <hr/> Número de jornadas programada de vacunación <hr/> Número de barridos ejecutadas de vacunación <hr/> Número de barridos programada de vacunación <hr/> Número de pasacalles ejecutadas de vacunación <hr/> Número de pasacalles programada de vacunación	Cuaderno de actas fotos Registro de asistencia al taller	Normas técnicas actualizadas Personal de salud sensibilizado y capacitado para realizar campañas de salud masiva