



**Ministerios de Salud de la  
Región de las Américas**

**Organización de la Semana de Vacunación  
en las Américas  
24-30 abril de 2004**

**Lineamientos Generales**

**Quito - Ecuador, 28-30 enero de 2004**

## Tabla de Contenido

1.	Antecedentes de la Semana de Vacunación .....	3
2.	Semana de Vacunación 2004.....	4
2 a.	Justificación .....	4
2 b.	Principios.....	6
2 c.	Propósito.....	6
2 d.	Metas.....	6
3.	Escenarios para la vacunación durante la SVA.....	6
4.	Organización .....	7
5.	Coordinación Interfronteriza .....	7
6.	Rol de la OPS/OMS .....	8
7.	Comité de Coordinación Interagencial.....	8
8.	Indicadores propuestos.....	9
9.	Actividades.....	10
10.	Evaluación de la Semana de Vacunación .....	12
11.	Referencias.....	12
12.	Anexos .....	13
	Anexo 1 – Monitoreo Rápido de Cobertura (MRC).....	14
	Anexo 1a – MRC de vacunación con DPT/Penta en niños 6 meses & 6-11 meses ..	15
	Anexo 1b – MRC de vacunación antisarampionosa o SRP .....	16
	Anexo 1c - MRC de vacunación con DPT/Penta en niños <1 año .....	17
	Anexo 2 – BA comunitaria de casos sospechosos de sarampión/rubéola.....	18
	Anexo 3 – Guía de entrevista para evaluar la difusión de la SVA .....	19

# Semana de Vacunación en las Américas

## 24-30 abril de 2004

### Lineamientos Generales

La Semana de Vacunación en las Américas (SVA) se constituye en un instrumento regional que permite fortalecer el Programa de Inmunización, priorizar la vacunación dentro de la agenda política de todos los países, fomentar el panamericanismo y revitalizar el trabajo ínter fronterizo, fortaleciendo la red de atención primaria y concretando la meta de la disminución de inequidades alcanzando poblaciones tradicionalmente excluidas y con resultados cuantificables.

#### 1. Antecedentes

Con el lema "*Vacunación: Un Acto de Amor*", se llevó a cabo la primera semana de vacunación en las Américas (SVA) en junio del 2003. Diecinueve países<sup>1</sup> participaron en esta iniciativa propuesta por los Ministros de Salud de la Región Andina y apoyada por los Ministros de Salud de Centro y Sur América, México y diversos países Caribeños de habla inglesa. Los principios fundamentales que respaldaron la iniciativa fueron la reducción de inequidades a través de la provisión de inmunizaciones y el fomento del panamericanismo. Los países priorizaron áreas con poblaciones de riesgo e intensificaron las actividades fronterizas. Otros objetivos incluyeron el mantenimiento de la eliminación del sarampión y el sostenimiento de la vacunación como una alta prioridad en la agenda política de los países.

La meta de la inmunización fue de 14, 085,451 niños menores de 5 años de edad utilizando diferentes antígenos (dependiendo en las necesidades de cada país) y 3, 000,000 mujeres en edad fértil con Td. Se logró vacunar a 13, 583,888 niños <5 años (97% de la meta) y aproximadamente 2.700.000 mujeres. Algunos países vacunaron hombres y mujeres dentro del plan de eliminación de la rubéola, otros realizaron integralmente actividades como la aplicación de vitamina A y antiparasitarios.

La Oficina de Información Pública de la OPS (PIN) diseñó una estrategia de comunicación regional con el lema: "*Vacunación: un gesto de amor*" Esto comprendió la elaboración de posters, spots televisivos, cuñas radiales, con la participación de artistas internacionales como "campeones de la salud de las Américas", y este material fue distribuido a los países en diferentes idiomas y adaptado según las características locales. La difusión de la campaña de comunicación fue medida a través de la aplicación de una encuesta a las madres de familia y adultos responsables en las áreas que fueron objeto de

---

<sup>1</sup> Argentina, Bahamas, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay y Venezuela

la intervención. Aproximadamente un 80% de la comunidad entrevistada tenía un alto conocimiento de la SVA en regiones dispersas, remotas y áreas urbano-marginales.

Se observó una activa participación de las fronteras, con la reactivación de acuerdos interfronterizos existentes en varios países. Diversas estrategias de vacunación fueron utilizadas, incluyendo puestos fijos, brigadas móviles para las áreas de difícil acceso, ubicación de puestos en puntos estratégicos de intercambio poblacional, con un intenso operativo de comunicación regional y local, con trabajos y conformación de equipos conjuntos para vacunación, monitoreo y supervisión.

El compromiso político y la asignación de recursos por los países, la coordinación inter-agencial, la movilización social, y la estrategia general de comunicación, así como el apoyo técnico y económico de OPS, UNICEF, CDC, la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Sociedad de Luna Roja Creciente, y del Organismo Andino en Salud, fueron fundamentales para el éxito de la Primera Semana de Vacunación en las Américas.

## **2. Semana de vacunación 2004**

La segunda actividad regional de vacunación se desarrolló durante la semana del 24 al 30 de Abril de 2004 con la participación de la mayoría de los países de la región. La SVA cuenta con el respaldo político del Consejo Directivo de la OPS para establecer una Semana Anual de Vacunación en las Américas (Resolución 132/R7 del 132<sup>o</sup>), así como pronunciamientos de MERCOSUR, Organismo Andino de Salud y RESSCAD).

### **2 a. Justificación**

Dado el alto grado de desarrollo del Programa de Inmunizaciones, aproximadamente un 85-90% de los niños menores de un año tienen acceso a la vacunación en las Américas (Gráfica 1). Sin embargo aun existe una brecha para lograr la cobertura universal en vacunación. Uno de los mejores indicadores de acceso es la cobertura con DPT3, que alcanzó para el 2002 una cobertura de 89%. Al analizar este indicador según porcentaje de municipios con coberturas de vacunación > 95% (Gráfica 2), se observa que un 55% de los municipios de la Región lo cumplen, faltando una alta proporción por alcanzar un valor óptimo de coberturas.

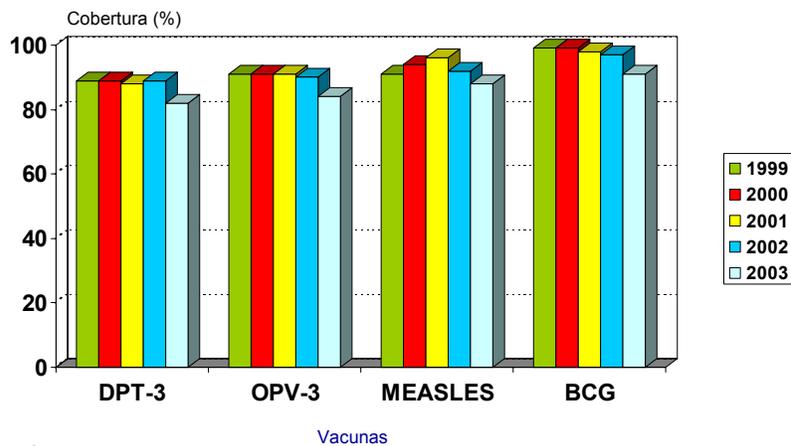
La pregunta es ¿Dónde está ubicada esa población a la cual no se está vacunando o no se les está completando los esquemas de vacunación? El estudio de exclusión en salud países de América Latina y el Caribe realizado por la Organización Panamericana de la Salud<sup>2</sup>, muestra que la exclusión en salud está fuertemente ligada a la pobreza, la marginalidad, la discriminación racial, así como a patrones culturales incluyendo el idioma, el aislamiento geográfico, en especial ligado a la ruralidad, a la falta de servicios

---

<sup>2</sup> Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe. Serie No. 1 Extensión de la Protección Social en Salud, 2003. OPS/OMS

básicos; y a un bajo nivel de educación o información de los usuarios de los servicios de salud. Los problemas de falta de equidad en acceso y uso de los servicios de salud son la principal causa de las desigualdades injustas en los resultados de salud. La inequidad, entendida como la existencia de diferencias injustas y evitables en el acceso a bienes, servicios y oportunidades, genera exclusión en salud.

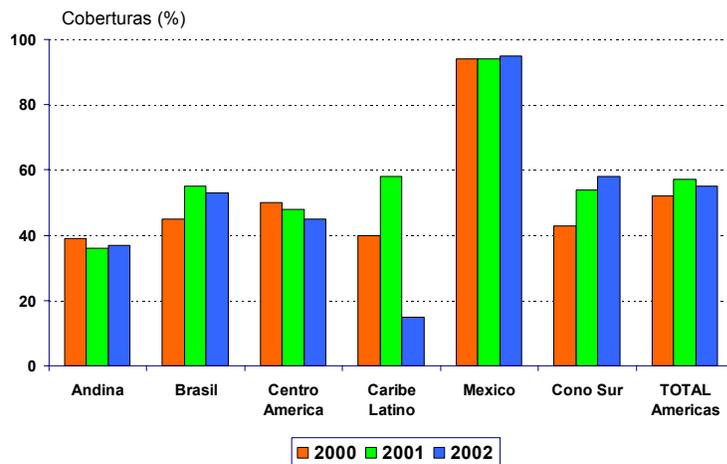
**Gráfica 1. Coberturas de vacunación en niños < 1 año  
Región de las Américas\*, 1999-2003\*\***



Fuente: Informes de los países  
\* No incluye Estados Unidos y Canadá  
\*\*Datos provisionales



**Gráfica 2. Porcentaje de municipios con coberturas de vacunación con DPT3 > 95%, en la Región de Latino América, 2000-2002**



Con la presente estrategia, el Programa de Inmunizaciones de la Región de las Américas busca llegar a población tradicionalmente excluida como asentamientos de grupos urbano-marginales, poblaciones indígenas, minorías étnicas, áreas rurales, de difícil acceso, fronteras y otros grupos de riesgo, con el objetivo de disminuir inequidades en el acceso a la vacunación y disminuir el riesgo en la transmisión de enfermedades prevenibles por vacunación.

## **2 b. Principios**

La Equidad, Accesibilidad y Panamericanismo son los principios fundamentales que respaldan la Semana de Vacunación en las Américas.

## **2 c. Propósito**

- Promover equidad y mejorar acceso a vacunación;
- Proteger grupos a riesgo de epidemias;
- Promover comunicación y cooperación entre países;
- Promover el Panamericanismo y
- Mantener el PAI como una alta prioridad política en la Región.

## **2 d. Metas**

- Llegar a niños < 5 años y MEF nunca antes captados por el programa (0 dosis);
- Captar nuevamente a población <5 y MEF con esquemas incompletos;
- Desarrollo de micro planes para el cumplimiento de esquemas de vacunación posterior a la Semana de la Vacunación;
- Mantener la eliminación del Sarampión en la Región;
- Apoyar la implementación de los planes de eliminación de Rubéola y SRC y
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica.

## **3. Escenarios para la vacunación durante la SVA**

**Países que durante el 2004 tienen programadas campañas de seguimiento** contra Sarampión, dosis adicionales de Polio, control acelerado de Rubéola y SRC, vacunación de grupos de la tercera edad entre otras, se les invita a iniciarlas o terminarlas durante la semana del 24-30 de Abril.

**Al resto de países de la Región** se les recomienda intensificar la vacunación para todos los menores de cinco años y MEF, idealmente en todo el país, si no es posible, priorizar entre otras las siguientes áreas de riesgo:

- Municipios con bajas coberturas;
- Áreas urbano-marginales, especialmente con asentamientos inter-periurbanos;
- Áreas de frontera con alto tránsito poblacional u otros factores de riesgo;
- Poblaciones Indígenas;
- Minorías étnicas;
- Áreas de difícil acceso;
- Áreas turísticas;
- Trabajadores (Salud, educación, transporte y sexuales).

#### **4. Organización de la Semana de Vacunación**

Cada país debe conformar un Comité Directivo y un Comité Operativo para la organización de la SV a nivel nacional, regional y local.

El Comité Directivo debe ser presidido por el Ministro de Salud y contar con la participación de los Ministros de Educación, Hacienda y otras altas autoridades del país. También debe contar el liderazgo de la primera Dama de la Nación y representantes de Agencias de Cooperación Internacional. Los Comités de Coordinación Interagencial, tienen un rol fundamental para el respaldo técnico y financiero para la semana de vacunación.

El Comité Operativo, presidido por el Gerente del PAI, debe convocar todas las instancias técnicas de las diferentes instituciones y sectores del país para lograr el respaldo y los recursos humanos, físicos, logísticos y financieros para el desarrollo de esta actividad.

Los equipos técnicos de los ministerios de salud son los responsables de planificar, ejecutar, supervisar y evaluar las actividades de vacunación y vigilancia epidemiológica. Así mismo diseñar campañas de difusión por medios masivos nacionales y locales. Se debe contar con la participación de las autoridades en todos los niveles y la comunidad en general.

Durante la programación de la semana de la vacunación es fundamental contar con el respaldo financiero para garantizar la disponibilidad de biológicos, jeringas y otros insumos, de acuerdo con las metas establecidas.

#### **5. Coordinación Interfronteriza**

Uno de los resultados más importantes de la primera semana de vacunación fue la activa participación de las fronteras con la activación o reactivación de acuerdos interfronterizos y el compromiso conjunto para el desarrollo permanente de actividades de vacunación integradas a otras actividades de salud de acuerdo al perfil epidemiológico fronterizo.

Dentro del Plan de la Semana de Vacunación se considerara la realización de Planes Locales conjuntos en las áreas fronterizas:

- Definición de actividades conjuntas y roles;
- Divulgación y comunicación;
- Elaboración de un presupuesto de necesidades y posibles fuentes de financiamiento;
- Vigilancia epidemiológica, búsqueda activa;
- Unidades de análisis;
- Monitoreos rápidos de coberturas cruzados;
- Actos protocolarios, lanzamientos, ceremonias oficiales y
- Evaluación de resultados.

## **6. Rol de la OPS/OMS**

Apoyar cada año a los países para el desarrollo de la Semana de Vacunación en las Américas como lo solicita a la OPS la Resolución 132/R7 del 132º de 2003 del Comité Ejecutivo. Las actividades incluyen:

- Coordinación Interagencial Regional: UNICEF, USAID, CIDA-Canadá, CDC, Cruz Roja Internacional, Club Rotary Internacional, Banco Mundial, BID, ONG's entre otros.
- Campana de difusión regional, complementaria a la realizada por los países, a través de TV, radio, prensa escrita, posters y videos.
- Apoyo técnico a los países con el equipo regional y equipo de las representaciones en los países
- Apoyo técnico para la planificación, movilización de recursos y evaluación de las actividades.
- Participación en reuniones de coordinación y apoyo a la ejecución de actividades fronterizas.
- Apoyo técnico para la evaluación de la difusión a nivel local.

## **7. Comité de Coordinación Interagencial**

El Comité de Coordinación Interagencial a nivel regional y en cada uno de los países tiene un rol fundamental para lograr los objetivos de la Semana de Vacunación en las Américas, con el respaldo político y técnico.

Los ministerios de salud realizaran las convocatorias del CCI para concretar los aportes de las diferentes agencias de cooperación existentes en el país. Para la Semana de Vacunación se recomienda la realización de por lo menos 2 CCI, con el fin de presentar el Plan de Acción y consecución de recursos.

## **8. Indicadores Propuestos**

### Indicadores Operacionales:

Niños <5 y MEF que no han sido captados por el programa (0 dosis) que fueron identificados y vacunados durante la SV:

1. Porcentaje de niños < 1<sup>a</sup>, 1, 2-4< 5 años vacunados que tenían 0 dosis antes de la SVA/ número de niños de estos programados para la semana de vacunación)  
Número de niños con DPT1/Niños programados o encontrados en Monitoreo Rápido de Cobertura (MRC)  
Valor esperado: <5%
2. Porcentaje de mujeres vacunadas que tenían 0 dosis de Td, antes de SV/ número de mujeres estimadas para la semana de vacunación.(Td )  
Número de MEF con Td1/MEF programadas (estimadas o por MRC)  
Valor esperado: <5%
3. % de niños rezagados que fueron actualizados (continuados o terminados) durante la SVA ( OPV o DPT)  
Número de DPT2 y DPT3 / Total niños vacunados durante SVA  
Valor esperado: <5%
4. Porcentaje de supervisiones en las que se realizó por lo menos un monitoreo rápido de cobertura (MRC)  
Número de supervisiones realizadas con MRC/ Supervisiones programadas.  
Valor esperado: 100%
5. Porcentaje de MRC en los que la cobertura de vacunación SR fue menor de 95%.  
Valor esperado 0.
6. Porcentaje de madres entrevistadas en las áreas seleccionadas que conocían sobre la SV

Número de Madres con conocimiento sobre la SVA/ Total de madres entrevistadas.

Valor esperado: <80%

7. Porcentaje de municipios con plan de seguimiento para completar esquemas después de la SVA

Número de municipios con plan/Total de municipios o áreas que participaron en la SVA

Indicadores de Vigilancia:

Número y proporción de casos sospechosos de sarampión/rubéola y PFA, que fueron identificados durante la búsqueda activa comunitaria y eran conocidos por el sistema.

**9. Actividades**

Dentro del proceso de planificación de la semana de vacunación, cada país debe identificar las poblaciones a vacunar, especificando los criterios de riesgo utilizados para su selección, se debe definir la población objetivo, meta y estrategias de vacunación a ser desarrolladas por el país.

Plan de Vacunación Regional				
País	Población objetivo	Criterios de Riesgo	Meta	Estrategias
Total				

Una vez definida la meta a vacunar, debe realizarse la programación de biológicos y otros insumos, así como todos los componentes necesarios tales como cadena de frío, capacitación, recurso humano, costos operativos, supervisión, monitoreo, comunicación social y evaluación.

## Plan de Vacunación Regional

País	Biológicos y suministros	Cadena de Frío	Capacitación	Gastos operativos	Supervisión y monitoreo	Vigilancia epidemiológica	Comunicación Social	Evaluación
Total								

### Monitoreo de Coberturas y Búsqueda Activa:

Para el monitoreo de coberturas se utilizarán los formularios existentes en el Programa, adecuados a las características particulares de la Semana de Vacunación en cada país.

Monitoreo Rápido de Coberturas (personas elegibles para ser vacunadas durante la SVA), Ver anexo 1a, 1b y 1c.

Durante la vacunación casa a casa se realizará búsqueda activa comunitaria de casos sospechosos de Sarampión/Rubéola, con el fin de evaluar la calidad del sistema de notificación de casos sospechosos a través de la proporción de casos conocidos por el sistema. (Ver anexo 2).

Se aplicará una encuesta comunitaria con el fin de conocer el grado de información que tiene la población acerca de la Semana de vacunación. (Ver anexo 3)

## **10. Evaluación de la Semana de Vacunación**

La evaluación de la SVA se realizara a través del cumplimiento de la meta establecida por los países y a través de los indicadores seleccionados, incluyendo la aplicación de la encuesta a la población sobre el grado de conocimiento sobre la difusión de la SVA a nivel local.

La evaluación del impacto de la SVA se realizara a través de una investigación operativa con la participación del CDC, en zonas urbano-marginales de grandes ciudades en tres países de la región, cada uno representativo de cada subregión (Cono Sur, Andina y Centroamérica).

## **11. Referencias**

Acuerdo de Sucre sobre la Interrupción de la Transmisión Autóctona del Virus de Sarampión en los países Andinos, 23 de Abril de 2002.

Declaración de la II Reunión de Ministros de Salud de América del Sur, Lima, 30 de noviembre de 2002.

Acuerdo de Trabajo OPAS-ORAS, 29 de noviembre de 2002

Informe del Grupo Técnico Asesor de Enfermedades Prevenibles por Vacunación. Washington DC, 23 de noviembre de 2002.

(Resolución 132/R7 del 132º Comité Ejecutivo de la OPS 2003

Pronunciamientos de MERCOSUR, Organismo Andino de Salud y RESSCAD

# **Anexos**

## Anexo 1

### MONITOREO RAPIDO DE COBERTURAS (MRC) DURANTE LA SEMANA DE VACUNACION EN LAS AMERICAS

El monitoreo se realizará cuando el distrito, municipio, parroquia o establecimiento de salud precise haber concluido con vacunar a toda su población meta comprendida en su área de jurisdiccional o de influencia, para verificar si la totalidad de niños están vacunados. La selección de las áreas a ser monitoreadas serán de acuerdo a los criterios establecidos en actividades similares anteriormente hechas.

El MRC, será aplicable a la vacuna ASA/SRP y/o para las terceras dosis de DPT ó Pentavalente de los niños que deben estar vacunados con DPT3 y ASA/SRP en función de su edad. Ver los instrumentos.

Los resultados obtenidos por establecimientos de salud / Localidades / Comunidades / Parroquias / Municipios / Distritos, serán consolidados en función de la unidad de análisis de cada país, para poder ser comparado con las coberturas administrativas. Se sugiere adecuar a cada país, la tabla modelo adjunto.

#### **Cobertura Administrativa y MRC para DPT/Penta y ASA/SRP por establecimientos de salud o municipios o parroquias o localidades o distritos País, Abril 2004**

Distritos/ Municipios / Parroquias (Unidad de Análisis)	Establecimientos de Salud/ Comunidades / Localidades	Cobertura Administrativa						Monitoreo Rápido de Cobertura					
		Población		Vacunados		Cobert. (%)		Niños < 1 a.	Vac. con DPT3/ Penta 3	Niños 1 a.	Vac. S R P	%	
		< 1 a	1 a	DPT3/ Penta	S R P	DPT3/ Penta	S R P					DPT3/ Penta	S R P
1	A												
	S												
	G												
Total Distrito/Municipio/Parroquia 1													
2	T												
	U												
	R												
	Z												
Total Distrito/Municipio/Parroquia 2													

## Anexo 1a

### MONITOREO RAPIDO DE COBERTURA DE VACUNACION DPT/PENTAVALENTE (en niños de 6 meses & 6-11 meses)

**Departamento/Provincia/Región:** \_\_\_\_\_ **Distrito/Municipio/Parroquia:** \_\_\_\_\_  
**Establecimiento de salud:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Monitoreo:** \_\_\_\_\_  
**Supervisor:** \_\_\_\_\_ **Responsable del monitoreo:** \_\_\_\_\_

En el área de influencia de un distrito, municipio, parroquia o establecimiento, se debe seleccionar cuatro sectores como mínimo o mas que a juicio del responsable del monitoreo sean las de menos probabilidad de haber sido visitadas por los vacunadores (de difícil acceso, alejadas de las calles principales, alto % de casa cerradas, dudas sobre la calidad de la vacunación, etc.).

Visitar las 25 **casas efectivas** moviéndose en una sola dirección por ejemplo el de las agujas del reloj (si hay más de 25 casas efectivas visitar las primeras 25, y si hay menos continuar con la manzana más próxima hasta completar 25 casas).

**Criterio de inclusión: Casas efectivas: Son casas con niños de 6 a 11 meses, 29 días y con informantes adecuados**

Casa No.	(A) Número de niños residentes de 6 meses a 11 meses y 29 días	(B) Número de niños residentes de 6 meses a 11 meses y 29 días que <u>están vacunados</u> con DPT3/Penta (*)	(E) Motivo por el cual la madre/padre indica que no se vacunó a el/los niños (as): (1) Los vacunadores no vinieron; (2) Los vacunadores vinieron cuando ellos no estaban y no volvieron; (3) Padres rehusaron vacunarlo por estar el niño enfermo; (4) Padres rehusaron la vacuna por consejo de su pediatra o médico; (5) Padres rehusaron la vacuna por razones religiosas; (6) Vacunadores rehusaron vacunarlo; (7) No era día de vacunación; (8) Se agotaron las vacunas; (9) Otros motivos
1			
2			
3			
4			
5			
...			
23			
24			
25			
Total			

(\*) Anotar aquí, previa presentación de carné, Se considera NO vacunado, si el niño esta en la edad de recibir la dosis correspondiente y no le fue administrado en la jornada.

Cobertura alcanzada en las manzanas:

(A) Total de niños de 6 a 11 meses, 29 días vacunados con DPT3/Penta X 100   
 (B) Total de niños de 6 a 11 meses, 29 días encontrados

**Anexo 1b**  
**MONITOREO RAPIDO DE COBERTURA DE VACUNACION**  
**ANTISARAMPIONOSA O SRP**

**Departamento/Provincia/Región:** \_\_\_\_\_ **Distrito/Municipio/Parroquia:** \_\_\_\_\_  
**Establecimiento de salud:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Monitoreo:** \_\_\_\_\_  
**Supervisor:** \_\_\_\_\_ **Responsable del monitoreo:** \_\_\_\_\_

En el área de influencia de un distrito, municipio, parroquia o establecimiento, se debe seleccionar cuatro sectores como mínimo o mas que a juicio del responsable del monitoreo sean las de menos probabilidad de haber sido visitadas por los vacunadores (de difícil acceso, alejadas de las calles principales, alto % de casa cerradas, dudas sobre la calidad de la vacunación, etc.).

Visitar las 25 **casas efectivas** moviéndose en una sola dirección por ejemplo el de las agujas del reloj (si hay más de 25 casas efectivas visitar las primeras 25, y si hay menos continuar con la manzana más próxima hasta completar 25 casas).

**Criterio de inclusión: Casas efectivas: Son casas con niños de 12 a 23 meses, 29 días y con informantes adecuados**

Casa No.	(A) Número de niños residentes de 6 meses a 11 meses y 29 días	(B) Número de niños residentes de 6 meses a 11 meses y 29 días que <u>están vacunados</u> con DPT3/Penta (*)	(E) Motivo por el cual la madre/padre indica que no se vacunó a el/los niños (as): (1) Los vacunadores no vinieron; (2) Los vacunadores vinieron cuando ellos no estaban y no volvieron; (3) Padres rehusaron vacunarlo por estar el niño enfermo; (4) Padres rehusaron la vacuna por consejo de su pediatra o médico; (5) Padres rehusaron la vacuna por razones religiosas; (6) Vacunadores rehusaron vacunarlo; (7) No era día de vacunación; (8) Se agotaron las vacunas; (9) Otros motivos
1			
2			
3			
4			
5			
...			
23			
24			
25			
Total			

**(\*) Anotar aquí, previa presentación de carné, Se considera NO vacunado, si el niño esta en la edad de recibir la dosis correspondiente y no le fue administrado en la jornada.**

Cobertura alcanzada en las manzanas:

(A) Total de niños vacunados de 12 a 23 meses, 29 días con ASA ó SRP X 100

(B) Total de niños de 12 a 23 meses, 29 días encontrados

**Anexo 1c**  
**MONITOREO RAPIDO DE COBERTURA DE VACUNACION DPT/PENTAVALENTE<sup>3</sup>**  
**(en niños <1 año)**

**Departamento/Provincia/Región:** \_\_\_\_\_ **Distrito/Municipio/Parroquia:** \_\_\_\_\_  
**Establecimiento de salud:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Monitoreo:** \_\_\_\_\_  
**Supervisor:** \_\_\_\_\_ **Responsable del monitoreo:** \_\_\_\_\_

En el área de influencia de un distrito, municipio, parroquia o establecimiento, se debe seleccionar cuatro sectores como mínimo o mas que a juicio del responsable del monitoreo sean las de menos probabilidad de haber sido visitadas por los vacunadores (de difícil acceso, alejadas de las calles principales, alto % de casa cerradas, dudas sobre la calidad de la vacunación, etc.).

Visitar las 25 **casas efectivas** moviéndose en una sola dirección por ejemplo el de las agujas del reloj (si hay más de 25 casas efectivas visitar las primeras 25, y si hay menos continuar con la manzana más próxima hasta completar 25 casas).

**Criterio de inclusión: Casas efectivas: Son casas con niños de 6 a 11 meses, 29 días y con informantes adecuad**

Casa No.	(A) Número de niños residentes de 6 meses a 11 meses y 29 días	Número de niños residentes de 6 meses a 11 meses y 29 días que <u>están vacunados</u> oportunamente de acuerdo a su edad con DPT/Pentavalente (*)			(E) Motivo por el cual la madre/padre indica que no se vacunó a el/los niños (as): (1) Los vacunadores no vinieron; (2) Los vacunadores vinieron cuando ellos no estaban y no volvieron; (3) Padres rehusaron vacunarlo por estar el niño enfermo; (4) Padres rehusaron la vacuna por consejo de su pediatra o médico; (5) Padres rehusaron la vacuna por razones religiosas; (6) Vacunadores rehusaron vacunarlo; (7) No era día de vacunación; (8) Se agotaron las vacunas; (9) Otros motivos
		DPT			
		I (B)	II (C)	III (D)	
1					
2					
...					
25					
Total					

**(\*) Anotar aquí, previa presentación de carné, Se considera NO vacunado, si el niño esta en la edad de recibir la dosis correspondiente y no le fue administrado en la jornada.**

Cobertura alcanzada con MRC:

(D) Total de niños de 6 a 11 meses, 29 días vacunados con DPT3/Penta X 100

(B) Total de niños de 6 a 11 meses, 29 días encontrados

Oportunidad de vacunación:

(B + C + D) Total de niños de 2 a 11 meses, 29 días vacunados con DPT I, II y III X 100

(A) Total de niños de 6 a 11 meses, 29 días encontrados

Cobertura Proyectada:

(B + C + D) Total de niños de 2 a 11 meses, 29 días vacunados con DPT I, II y III X 100

Población total menor de 1 año

<sup>3</sup> Los resultados de este monitoreo, no son generalizables a otros sectores o al total del área de influencia del establecimiento / Localidad / Comunidad / Parroquia / Municipio / Distrito. Sin embargo, proporciona información muy útil para evaluar la vacunación realizada (si todos los niños (as) visitados (as) están vacunados ello sugeriría que se ha vacunado bien o hay un adecuado captación y seguimiento). Sin embargo si los resultados de la misma fueran menores al 95%, este sector deberá ser sometido a rastrillaje o repase.



### Anexo 3

## GUÍA DE ENTREVISTA PARA EVALUAR LA DIFUSIÓN DE LA SEMANA DE VACUNACIÓN

**Instrucciones para el Entrevistador:** Entrevistar por lo menos a 10 madres con niños menores de cinco años, que se encuentren fuera del organismo de salud (en una plaza, un mercado, una parada de bus, etc.), evite escoger conglomerados, se sugiere entrevistar una de cada 3 o cinco madres que se encuentren en cada lugar.

Formule las siguientes preguntas y de acuerdo a las respuestas marque según corresponda:

1. Vive Ud. con Niños menores de 5 años?

Si

No

Si la respuesta es No, detener la entrevista y excluirla del análisis.

2. Ha escuchado usted algo sobre una actividad especial de vacunación en su comunidad recientemente?

Si

No

Si la respuesta es Negativa terminar la entrevista, si es Afirmativa continuar.

3. Puede usted indicarnos sobre que tipo de actividad de vacunación escuchó?

Campaña o Jornada de Vacunación  Semana de Vacunación

Otra  Cual? \_\_\_\_\_

4. Como se enteró de esta actividad? Marque todas las que ella mencione)

a. Radio   
b. Televisión   
c. Perifoneo   
g. Otros

d. Establecimiento de Salud   
e. Prensa   
f. Escuelas   
Especifique \_\_\_\_\_

5. Al enterarse de la Actividad de Vacunación, que hizo usted:

Revisó el carné de vacunación de su hijo

Llevó su hijo a vacunar

Otro Cuál \_\_\_\_\_