



Lineamientos Técnicos y Operativos

“Campaña nacional de vacunación para el mantenimiento de la eliminación del sarampión y rubeola en Paraguay, en población de 1 a 5 años, abril - mayo 2014”



Republica del Paraguay
Abril – mayo de 2014

COMITÉ EJECUTIVO DIRECTIVO

Sr. Horacio Cartes	Presidente de la República
Sr. Carlos Afara	Vicepresidente de la República
Dr. Antonio Carlos Barrios Fernández	Ministro de Salud Pública y Bienestar Social
Dra. María Teresa Barán	Viceministra de Salud
Lic. Marta J Lafuente	Ministra de Educación y Cultura
Dra. Agueda Cabello S	Directora de Vigilancia de la Salud
Prof. Dra. Sonia Arza Fernández	Directora del Programa Ampliado de Inmunizaciones
Dr. Hugo Roig	Presidente del IPS
Dra. Norma Duré	Directora Medicina Preventiva IPS
Policia Nacional	
Milicia	

COMITÉ EJECUTIVO OPERATIVO

Dra. Maria Teresa Barán	Vice Ministra de Salud
Dra. Agueda Cabello	Directora General de Vigilancia de la Salud
Prof. Dra. Sonia Arza Fernández Inmunoprevenibles y PAI	Directora del Programa Nacional de Enfermedades
Dra. Norma Duré	Directora de Medicina Preventiva IPS
Dr. Jorge Palacios	Director General de Planificación
Dra. Lida Sosa	Directora General de Programas de Salud
Dr. Carlos Romero	Director General De Servicios de Salud
Dra. Aguilar	Directora DIRSINA
Dr. Gustavo Chamorro	Director de Laboratorio Central de Salud Pública

EDITORES**ASESORIA TECNICA****EQUIPO TECNICO NACIONAL Y REGIONAL**

Lic. Rosa Ovelar	Supervisora Región Itapúa, Misiones y Ñeembucú
Lic. Edith Servian	Supervisora Región Asunción
Lic. Gladys	Supervisora Región Asunción
Lic. Teresa Pérez	Supervisora Región Concepción, San Pedro Norte
Lic. Daniel Ovelar	Supervisora Región Ñeembucú, Itapúa y Misiones
Lic. Pablo Ovelar	Supervisor Región Central y Paraguari
Lic. Beatriz Florentin	Supervisora Región Caaguazu, Caazapá y Alto Paraná
Lic. Mabel Mármol	
Lic. Guillermo Alamanni	Supervisor Región Amambay y San Pedro Sur
Lic. Gloria Gimenez	
Lic. Leticia Nuñez	Coordinadora Vigilancia Sarampión-Rubéola
Dra. Zully Suárez	Coordinadora Vigilancia Enfermedades Prevenibles por Vacunas
Dra. Bernarda Mas	Coordinadora ESAVI
Tec. Ernesto Lugo	Coordinadora software Sistemas de Información Programa Regular
Lic. Richard Servin	Coordinador Sistema de Información campaña vacunación
Lic. Ada Ramirez	Supervisora Región Cordillera
Lic. Estela Vera	Supervisora Región Guairá
Lic. Josefina Cabral	Supervisora

DIRECTORES Y COORDINADORES PAI REGIONALES

Regiones Sanitarias	Directores Regionales	Jefes PAI Regionales	Telefonos Regionales
Concepción	Dr. Orcar Miranda	Lic. Christian Cabrera	031-42314
San Pedro Norte	Dra. Claudia Liuzzi	Lic. Blasia Mendoza	042-232392
San Pedro Sur	Dr. Carlos Martinez	Lic. Oscar Liuzzi	043-20250
Cordillera	Dr. Tomás Cabrera	Lic. Rosario Quiñonez	0511-42700
Guaira	Dra. Sofía Cardozo	Lic. Gladys Ojeda	0541-42386
Caaguazu	Dr. Luis Villar	Lic. Zonia Galeano	0521-202166
Caazapa	Dr. Carlos Alvarez	Lic. Claudelina	0542-232401
Itapua	Dr. Néstor Vera	Lic. Maria Luz Olivera	071-203076
Misiones	Dr.	Lic. Jerónimo Delvalle	081-212354
Paraguari	Dr.	Lic.	0531-32742
Alto Paraná	Dr. Miqueias Abrei	Lic. Josefina Cabral	061-506588
Central	Dr. Marecos	Dra. Ortellado	523796
Ñeembucu	Dr. Paredes	Lic. Arnaldo Garay	086-30397
Amambay	Dr. Ruben Medina	Lic. Dina Nuñez	036-72972
Canindeyu	Dra. Ma Antonieta Villalba	Lic. Arnulfo Paredes	046-242461
Pte. Hayes	Dra-	Lic.	026-262364
Boquerón	Dr. Hugo Valdez	Lic. Carolina Gonzalez	0494-247334
Alto Paraguay	Dr.	Lic. Efigenia Carissimo	451287
Capital	Dr. Luis Fleytas	Lic. Gladys	204758

Contenido

I.	Introducción.....	6
II.	Antecedentes.....	8
III.	Estimación de población susceptible en Paraguay.....	12
IV.	Objetivos.....	13
V.	Población Objetivo.....	14
VI.	Duración de la campaña.....	14
VII.	Tácticas de Vacunación.....	14
VIII.	Organización de la campaña.....	15
IX.	Elementos claves para el éxito de la campaña.....	16
1.	Planificación.....	16
2.	Coordinación sectorial e intersectorial.....	17
3.	Micro – planificación.....	17
4.	Vacunación segura.....	27
5.	Comunicación/movilización social.....	31
6.	Logística y cadena de frío.....	35
7.	Capacitación.....	36
8.	Sistema de Información.....	37
9.	13.1 Supervisión.....	45
10.	Monitoreo y evaluación.....	47
X.	Anexos.....	58

Estimados – as compatriotas

El día lunes 5 de mayo 2014 hasta el día jueves 5 de junio 2014, el Programa Ampliado de Inmunizaciones dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, desarrollará la Campaña de Seguimiento contra el Sarampión y la Rubéola en todo el territorio nacional. El objetivo de esta campaña es vacunar a todos los niños y las niñas residentes en Paraguay, que tengan 1 año de edad, hasta 4 años, 11 meses y 29 días. Toda esta población deberá recibir una dosis de las vacunas SPR y OPV para evitar las enfermedades

Paraguay, mantiene su territorio libre de sarampión desde el año 1998. Igualmente ningún caso de Rubéola o Síndrome de Rubéola Congénita reportado desde el año 2005. El continente americano fue declarado libre de transmisión autóctona de sarampión en el año 2002 y en el año 2009, libre de transmisión autóctona de rubéola y rubéola congénita.

A nivel mundial, en la actualidad, varios países siguen padeciendo sarampión y rubéola, generando elevados costos en salud pública y muertes por complicaciones. Durante el año 2013 y aún ahora en el 2014, países de las Américas reportaron casos importados de sarampión y en el resto del mundo, casos de sarampión y rubéola.

En la actualidad , Paraguay se encuentra en pleno proceso de la Documentación y Verificación de la eliminación de la circulación endémica de estos virus en todo su territorio. Lograr y mantener estos logros dependerá de la ausencia de poblaciones susceptibles para enfermar, esta situación solo podrá ser lograda mediante la vacunación que se realiza cada cuatro a cinco años por la acumulación de susceptibles de no vacunados y vacunados

En los últimos 10 años, Paraguay ha realizado dos campañas de seguimiento contra estas enfermedades, el Programa Ampliado de Inmunizaciones es la responsable para el desarrollo , ya que anualmente alrededor del 20% de la población objetivo, no reciben las vacunas debido a varios factores y la cultura preventiva poblacional que comprometa cada los padres , ciudadano o ciudadana a llegar con tiempo a los servicios de salud para la demanda de las vacunas.

Es por esta razón y a pesar de haber logrado grandes éxitos en el país con el esquema de vacunación, que hoy en día, nada tiene que envidiar a los países del primer mundo, aún debemos lograr el arraigo a la prevención mediante la vacunación. El desafío es seguir educando en esta línea, ya que solo un país educado podrá entender y comprender que prevenir por lejos, cuesta mucho menos que curar o lamentar una enfermedad, prevenible justamente mediante las vacunas. Vení, sumate a esta noble campaña, y que hoy, el escudo nacional sean las vacunas!

Paraguay Sin sarampión ni rubeola

Dr. Antonio Carlos Barrios Fernández
Ministro de Salud

I. Introducción

Importantes avances fueron alcanzados en el proceso de documentación y verificación de la eliminación del sarampión y la rubéola. La Resolución CSP27.R2, adoptada durante la 27.a Conferencia Sanitaria Panamericana en octubre de 2007, autorizó la creación de un Comité Internacional de Expertos (CIE) e instó a los Estados Miembros de la OPS a establecer comisiones nacionales para documentar y verificar la eliminación en cada país de la Región. El plan recibió el apoyo formal del Grupo Técnico Asesor para enfermedades prevenibles por Vacunación (GTA), durante su XVIII Reunión en agosto de 2009 y fue adoptado por el CIE en diciembre de 2010.

Entre las recomendaciones del GTA (Buenos Aires, Argentina julio de 2011), se alienta a los países a continuar adhiriéndose a las recomendaciones previas para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC, y dar respuesta rápida a las importaciones en las Américas. Estas recomendaciones incluyen alcanzar niveles de cobertura de $\geq 95\%$ de primeras y segundas dosis de la vacuna contra sarampión-rubéola (en vacunación de rutina o en campañas) para todos los municipios, reforzar la vigilancia integrada de sarampión-rubéola y mejorar sitios centinelas de Síndrome de Rubéola Congénita (SRC).

Durante el año 2013, el CIE (mayo) realizó su cuarta reunión para dar seguimiento a los progresos de la documentación y verificación de la eliminación, identificar las barreras y desafíos que implica mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el el Síndrome de Rubeola Congénita (SRC), en la Región, y discutir la implementación del Plan de Acción Regional para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC, y el plan de trabajo para los años 2013-2014.

Para el logro de estos objetivos, en Paraguay fue conformado un Comité Nacional de Documentación de Verificación de la Eliminación del Sarampión, la Rubéola y el SRC, y confeccionado un Plan de Acción de la Certificación en el país habiéndose realizado varias actividades con ese objetivo. En noviembre 2011 fueron entregadas las documentaciones al CIE, y como consecuencia, el CIE presentó ocho observaciones durante el año 2012. **La Nota de Referencia: PAR/04/28/00/17465/2012** (31 de julio de 2012), especificaba dar respuesta en relación a ***algunos aspectos de la vigilancia epidemiológica que deben ser aclarados y especificados en un adendum...***” Los puntos observados se citan a continuación:

1. Adjuntar información relevante sobre las bases legales, operativas y de planificación del PAI en Paraguay
2. Documentar el análisis de áreas silenciosas para el periodo 2007-2010
3. Especificar la Política del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS) para la participación del sector privado en la vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunación, con énfasis en sarampión y rubéola
4. Instrumentar la Red de Unidades Centinelas para la Vigilancia Epidemiológica del Síndrome de Rubéola Congénita
5. Especificar el estado de eliminación del Síndrome de Rubéola Congénita en el país
6. Fortalecimiento de los mecanismos de vigilancia, prevención y control en viajeros internacionales.
7. Información general sobre el POA 2012 del PAI, incluyendo fuente de financiamiento.
8. Elaborar un comunicado a la Comisión Nacional con el que el ministro de Salud manifiesta su acuerdo y compromiso para la implementación de las recomendaciones

Paraguay dio respuesta a estas observaciones en noviembre 2013, analizando previamente cada evidencia en forma documentada, instalando la Vigilancia del SRC en cuatro centros de referencia nacional y extendiendo el análisis de áreas silenciosas hasta el año 2012.

Paraguay se ha comprometido con el mismo fin, a todas las estrategias de vacunación recomendados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS):

Años	Estrategias de Vacunación
1998	Campaña Nacional para la Eliminación del Sarampión en población menor de 15 años.
2002	Introducción de la vacuna SPR al esquema regular de vacunación al año de edad; además se generó la integración de la vigilancia sarampión-rubéola a la vigilancia de las enfermedades febriles eruptivas (EFE)
2003	se instala la capacidad laboratorial para el aislamiento viral
2005	Campaña Nacional de Vacunación para la Eliminación de la Rubéola y el SRC en la población de 5 a 39 años, y se logra una segunda oportunidad para vacunar a la población menor de 5 años mediante la incorporación en el esquema nacional de vacunación de una dosis adicional de la vacuna frente al sarampión, la papera y la rubéola a la edad de 4 años
2009	se realizó una nueva campaña de seguimiento vacunando niños y niñas de 1 a 8 años

Durante el segundo semestre del año 2012, Paraguay fortaleció el programa de inmunización en todo su territorio nacional, generando alianzas estratégicas y cooperaciones inter institucionales.

En el año 2013, se generaron convenios entre el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y otros Ministerios como el Ministerio de Educación y Cultura y la Secretaria Nacional de Turismo que permitió al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), implementar estrategias a través de una logística de trabajo interinstitucional cuyo objetivo fundamental es crear la conciencia ciudadana de la prevención a través de la vacunación. Educar en esta línea y avanzar una verdadera política en salud.

De esta manera, Paraguay no solo se anticipó a varias situaciones sino que además apuntaló en forma atinada estrategias que evitaron la reintroducción de casos importados de sarampión.

En junio 2013, se tomó la decisión de vacunar a todos los peregrinos que posteriormente acudieron a la Jornada Mundial de la Juventud entre el 23 y 28 de julio 2013 en Río de Janeiro, Brasil. Al mismo tiempo se fortaleció la vacunación de los viajeros con muy buena aceptación por parte de toda la ciudadanía. El convenio con la Secretaria Nacional de Turismo, se extiende hasta el año 2016 y contempla estos encuentros de masiva congregación mundial.

Igualmente se priorizó la vacunación a través de la Resolución SG N° 618/2013, ya que era importante recordar tanto a la ciudadanía como al personal de blanco sobre los beneficios de una buena inmunización, a partir del 18 de julio 2013, debido a los casos de sarampión en Brasil, y las alertas emitidas por este país y la Argentina, el Ministerio de Salud decidió adelantar una Campaña de Seguimiento en cuatro Departamentos fronterizos: Canindeyú, Alto Paraná, Amambay e Itapúa con el acompañamiento del Comité Técnico Asesor en Inmunizaciones y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción y el empoderamiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones y los talentos humanos que laboran con compromiso en estos cuatro departamentos, generar un cinturón/malla de contención todos sus municipios de los departamentos fronterizos, hasta la semana epidemiológica N°10 no se reportaron casos de sarampión en el territorio paraguayo.

De acuerdo a lineamientos establecidos por la OPS/OMS, cada cuatro años, o cuando el acumulo de susceptibles iguala o sobrepasa el número de una cohorte de nacimientos, se debe realizar una campaña nacional de seguimiento para vacunar indiscriminadamente a todos los niños y niñas, con una dosis adicional de vacuna contra sarampión-rubéola.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a través del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), activará en el marco de las Estrategias “*Que el Escudo Nacional, Hoy sean las vacunas*” y “*En Paraguay nos vacunamos en familia*”, la campaña de seguimiento de vacunación contra el sarampión y la rubéola para niños y niñas de 1 a 5 años de edad, en 15 Regiones Programática y la intensificación

de la vacunación en los cuatro Departamentos que la adelantaron durante el año 2013. Al mismo tiempo Paraguay coincidirá con esta actividad, la Semana Mundial de la Vacunación, orientando los esfuerzos para la campaña de seguimiento durante el presente año.

En ese sentido, presentamos el presente documento, que contiene los lineamientos técnicos y operativos que será el soporte de esta campaña y adoptados en todas las regiones sanitarias.

II. Antecedentes

EL SARAMPION

En la región de las Américas

Los países de las Américas han demostrado un avance indiscutible en la interrupción de la transmisión endémica de los virus del sarampión y de la rubéola. La Región de las Américas ha logrado mantener la eliminación del sarampión desde el año 2002 y el último caso de transmisión endémica de rubéola se notificó en el 2009.

El mantenimiento de la circulación del virus del sarampión en otras regiones del mundo ha impactado la epidemiología del sarampión en las Américas. Después de observar que desde el 2003 se han presentado entre 89 y 249 casos importados y secundarios a la importación anualmente y un gran incremento de casos en el año 2011 (n=1372), el número de casos confirmados en el 2012 se redujo a 143 casos y en 2013 a 318 casos. Todos los casos de sarampión en el 2013 estuvieron ligados a importaciones y fueron notificados por los siguientes países: Brasil, Canadá y Estados Unidos de América (grafico 1). La mayoría de los brotes de la Región han estado vinculados a los genotipos de virus importados D8, D4 y B3; el más común es el B3 debido principalmente a varios casos secundarios reportados en Ecuador.

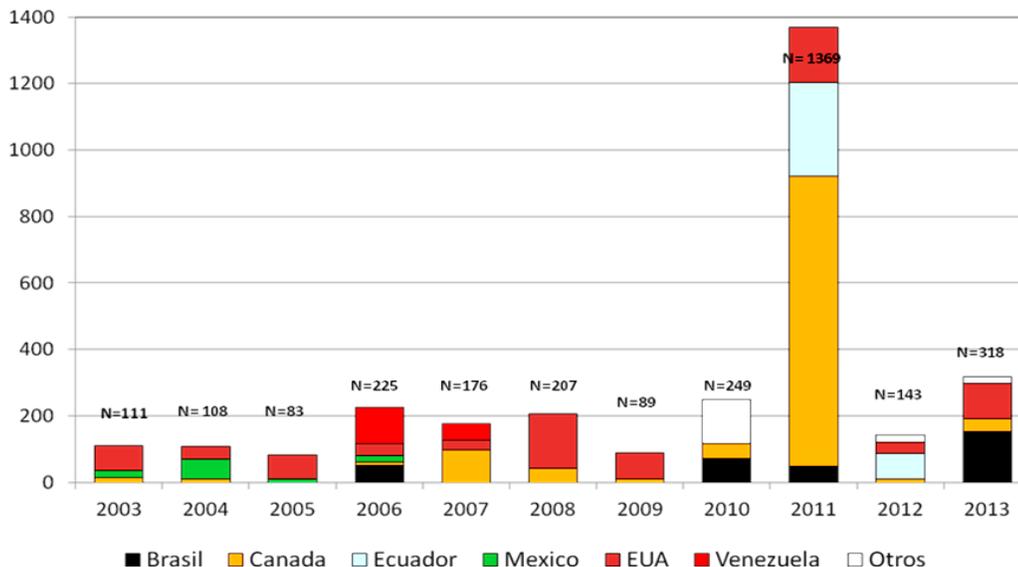
LA RUBEOLA

El último caso registrado de rubeola endémico fue en Argentina, a partir de la fecha se ha tenido casos importados de rubéola. Durante el 2012 se notificaron 13 casos (figura 1), cinco (5) de los cuales fueron asociados a importaciones y ocho (8) tuvieron una fuente de infección desconocida. Canadá, Colombia y México notificaron dos casos cada uno, y los Estados Unidos notificaron los siete casos restantes. En los casos de Estados Unidos y México los genotipos detectados fueron el 1E y el 2B.

SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA

El último caso de SRC en la región, se registra en Brasil (26 de agosto de 2009), en el año 2012, se notificaron 831 casos sospechosos de Síndrome de Rubéola Congénita (SRC), de los cuales, solo se confirmaron 3 casos importados, fueron detectados en los Estados Unidos en lactantes cuyas madres procedían del África, donde el virus de la rubéola es endémico.

Grafico 1. Distribución de casos confirmados de sarampión después de la interrupción de transmisión endémica, las Américas, 2003-2013



Fuente: OPS-OMS, informe de países

En la Republica del Paraguay El Sarampión

Los últimos casos de sarampión presentados en el Apis, se registra en el año 1998, después de un brote de sarampión distribuido en todos los departamentos, 16 años sin casos de sarampión

La Rubéola

Previo a la formulación del Plan de eliminación de la rubéola y el SRC en Paraguay, en el año 2004, no existía un sistema de vigilancia que permitiera cuantificar los casos de SRC. Por otra parte la rubéola es una enfermedad sub registrada, aunque su notificación a través del sistema de vigilancia integrada con el sarampión identificó un importante número de casos confirmados en el año 2000 (98).

Desde entonces se observa una declinación de la incidencia de casos confirmados por laboratorio, que puede corresponder al período no epidémico del comportamiento cíclico de la enfermedad y en alguna medida a la disminución de la circulación viral debida al efecto de la campaña de seguimiento de vacunación contra sarampión y rubéola realizada entre mayo y junio del 2003 con SR en población de 1 a 4 años.

No obstante la disminución de casos confirmados, la notificación de casos sospechosos ha aumentado en los últimos tres años, como consecuencia de la intensificación de la vigilancia de las Enfermedades Febriles Eruptivas No Vesiculares; en especial a la integración de la vigilancia del Sarampión-Rubéola; en el año 2004 se ingresaron al MESS 515 casos sospechosos de sarampión – Rubéola; 144 de ellos con sospecha de rubéola, de los cuales el 10% correspondió a Mujeres en Edad Fértil.

La tasa de incidencia en menores de 5 años entre 1999 al 2004 muestra una tendencia a la disminución, también observada, pero menos pronunciada en los mayores de 5 años, que desciende de 2,3 por 10.000 en 1999 a 0,02 al 2004. Esta situación es probablemente resultado de

la vacunación con SPR del programa regular, pero requiere de estrategias de vacunación complementarias para la población mayor de 5 años.

El programa regular en el año 2000, se diseñó un plan de acción que incluyó las siguientes estrategias: vacunación con SRP en el programa regular, fortalecimiento de la vigilancia integrada sarampión-rubéola y ejecución de una Campaña Nacional de Vacunación

Vigilancia de Rubéola en Paraguay.

A partir de julio 2000 se implementó la vigilancia epidemiológica de la rubéola, utilizando para ello la ficha epidemiológica integrada sarampión rubéola, información que fue procesada en el programa de computación MESS y actualmente el ISS.

Vigilancia del Síndrome de Rubéola Congénita (SRC)

En cuanto al último caso de Síndrome de Rubéola Congénita no se tiene el dato oficial documentado. La vigilancia incluye indicadores exigidos internacionalmente que aseguran la calidad de la vigilancia, que al pasar los años han ido mejorando paulatinamente.

La meta de cualquier programa de vacunación contra la rubéola es la prevención o eliminación del SRC. La justificación de la vigilancia del SRC tiene por objetivo entre otros, vigilar el impacto de la iniciativa de eliminación de la rubéola, contribuir a la documentación de la interrupción de la transmisión endémica del virus en Paraguay e identificar reservorios de transmisión viral.

La OPS recomienda que la vigilancia del SRC se centre en la identificación de lactantes con SRC entre los 0 a 11 meses de edad. La vigilancia centinela debe incluir hospitales de referencia y servicios de atención primaria para facilitar la identificación de casos sospechosos de SRC. Los casos sospechosos deben ser investigados usando los recursos disponibles a nivel clínico y de laboratorio. Debido a que la excreción del virus de la rubéola puede darse desde el nacimiento hasta los 12 meses, dicha excreción se debe monitorear a través de la recolección de muestras de suero y de hisopado nasofaríngeo, de todos los casos sospechosos de SRC y de lactantes con infección congénita únicamente. En 2013 se han notificado dos casos sospechosos de SRC, los cuales han sido descartados.

Programa Ampliado de Inmunización

El Programa Ampliado de Inmunizaciones de Paraguay fue constituido oficialmente en 1980. Desde su creación hasta el año 2001 ofrecía a la población las cuatro vacunas básicas (BCG, SABIN, DPT y ANTISARAMPIÓN).

Las coberturas obtenidas desde su implementación en la década del 80 hasta el año 2000 alcanzaban en promedio 80%.

En 1999 la OPS evaluó la gestión del PAI y dio recomendaciones que el país ha cumplido gradualmente. A partir del año 2000 la gestión del programa mejora y sus coberturas con todos los biológicos superan niveles de 85%.

El Programa de vacunación se oferta en aproximadamente 1200 centros de vacunación ubicados en la red de establecimientos públicos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

El Sistema Nacional de Salud de Paraguay está conformado por los sectores: Público, de la Seguridad Social y Privado. El sector público conformado por el MSP y BS, Sanidad Militar y Policial les corresponde atender al 81 % ya que el Sector de la Seguridad Social conformado por

el Instituto de Previsión Social –IPS- atiende aproximadamente al 15% de la población y el Privado al 4%.¹

Siguiendo las estrategias propuestas por OPS, el País asumió el compromiso de erradicar la poliomielitis, el sarampión y eliminar el tétanos neonatal, estableciendo estos retos como metas de Salud Pública que deben cumplirse en cada distrito.

Como resultado de estas metas:

- El último caso de poliomielitis en Paraguay se confirmó en Marzo de 1985 en el Distrito General Aquino de la Región de San Pedro. En el 2002 se realizó el Plan de Contención de Polio virus Salvaje que certificó en 38 laboratorios la ausencia de material potencialmente infeccioso.
- Paraguay se encuentra libre de casos de Sarampión desde 1998 siendo el único país del Cono Sur que se ha mantenido libre del virus del Sarampión desde ese año.
- Los casos de Tétanos neonatal (TNN) se han reducido en 89%, disminuyendo de 52 casos en 1988 a 6 en el 2002 y a 5 en el 2004. La tasa de incidencia observada ha fluctuado entre 0.43 x 1000 NV en 1988 y 0.03 x 1000 NV en el mismo período.
- En el año 2002 se dio inicio a una nueva era de actualización y modernización del PAI con la introducción al esquema oficial de nuevas vacunas costo/efectivas: SPR y Pentavalente con el propósito de aumentar el acceso y cobertura a la vacunación, disminuir las inequidades en la población infantil, aumentar la efectividad y eficacia del programa y mantener bajo control a las enfermedades y muertes prevenibles por vacunación.
- La introducción al esquema oficial de las vacunas combinadas SPR y Pentavalente al esquema oficial de vacunación, permitió al programa disminuir los riesgos de efectos adversos a la vacunación ya que se disminuyó a cuatro el número de vacunas a manejar, a la vez que se aumentó el número de enfermedades a prevenir.

Con la introducción de la vacuna SPR en el 2002 también se dio inicio al control de la rubéola que avanzó con la ejecución de la campaña de seguimiento contra el sarampión realizada con SR en el 2003 en la población de 1 a 4 años.

En la cuadragésima cuarta reunión del Consejo Directivo de la OPS realizada en septiembre del 2003, los Ministros de Salud de las Américas reafirmaron su compromiso de eliminar la rubéola y el SRC para el año 2010 y solicitaron a los países elaborar los planes de acción, aplicando las recomendaciones de la OPS que han sido probadas en otros países (Cuba, Caribe Inglés, Costa Rica, Chile, Honduras, Brasil y Ecuador)

Paraguay se propuso en el 2004 eliminar la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) para el 2010 y con ello eliminar también los costos asociados al tratamiento y rehabilitación de las secuelas de la enfermedad.

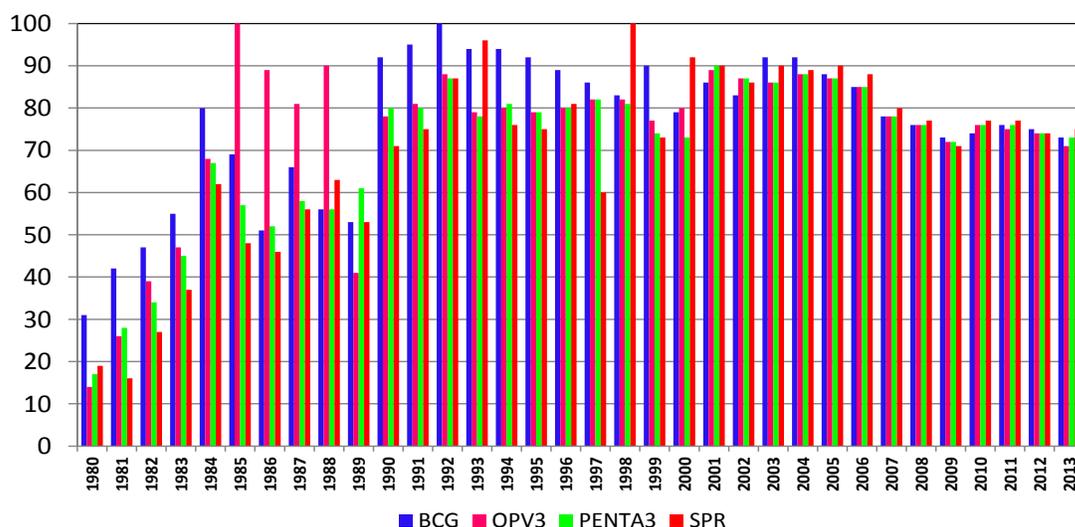
Con este fin fue diseñado un plan que contempla como estrategias principales: la realización de una campaña Nacional de Vacunación con SR en el 2005 dirigida a la población de 5 a 39 años, la vacunación a mujeres en el post parto y/o post aborto inmediato, el establecimiento de la vigilancia epidemiológica del SRC y el seguimiento a las embarazadas inadvertidamente vacunadas

Coberturas de Vacunación

¹ Ley de Vacunas

Las coberturas de vacunación con SRP en Paraguay se han mantenido en un rango de 71-74% desde la última campaña de seguimiento en 2009 (grafico 2). Sin embargo, no haber logrado la cobertura administrativa de 95% , se atribuye al problema del denominador poblacional ya que el último censo fue realizado en agosto de 2002 y la población asignada anual está calculada en base a proyecciones de dicho censo, por lo que, la población calculada a nivel municipal especialmente no corresponde a la realidad. Los monitoreos rápidos de cobertura en la última campaña de seguimiento alcanzaron 95 % y más de cobertura en la totalidad de los municipios del país, por lo que dicha campaña fue considerada exitosa.

Grafico 2. Coberturas del Programa Regular según Biológicos. Paraguay 1980 a 2013



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social – PAI

III. Estimación de población susceptible en Paraguay posterior a la última campaña de seguimiento (2009)

Habiendo transcurrido cinco años desde la última campaña de seguimiento del 2009, se considera que el acumulo de susceptible alcanza los niveles que justifican la puesta en marcha de la campaña nacional de seguimiento de la vacunación con SRP en la presente gestión, con el fin de disminuir el riesgo de brotes por importación y casos secundarios

País: Calculo de población susceptible

Cohorte de población	Edad Actual	Proyección de Población (2014)	Población Vacunada	Población NO vacunada	Población NO inmunizada	Acumulo de población Susceptible
2010	5 años	146874	113.554	33.320	11.355	44.675
2011	4 años	147330	113.475	33.855	11.348	45.203
2012	3 años	147754	109.925	37.829	10.993	48.822
2013	2 años	148147	111.949	36.198	11.195	47.393
2014	1 año	148514	46782 (*)	9.207 (*)	4.678 (*)	13.885
Totales		738.619	495.685	150.409	49.569	199.978

Fuente: Datos oficiales del PAI, proyección de población 2014 por edades simple
 (*) Estimación de población vacunada, no vacunada, no inmunizado hasta mayo 2014

Regiones Sanitarias: Calculo de población susceptible por regiones sanitarias

Regiones	Población 1 a 5 años	Población Vacunada	Población NO vacunada	Población NO inmunizada	Total Acumulo de población Susceptible
Concepción	24.464	20.308	1.106	2.031	3.136
San Pedro Norte	24.990	18.301	3.528	1.830	5.358
San Pedro Sur	20.140	14.502	3.161	1.450	4.611
Cordillera	31.179	19.711	7.595	1.971	9.566
Guairá	20.986	12.904	5.474	1.290	6.764
Caaguazú	57.731	39.610	10.880	3.961	14.841
Caazapá	19.176	13.214	3.585	1.321	4.907
Itapúa	63.457	46.260	9.255	4.626	13.881
Misiones	12.492	8.489	2.440	849	3.288
Paraguarí	24.929	16.008	5.825	1.601	7.426
Alto Paraná	93.294	59.877	21.791	5.988	27.779
Central	231.157	139.451	62.303	13.945	76.248
Ñeembucú	7.484	4.846	1.710	485	2.195
Amambay	14.469	12.948	-292	1.295	1.003
Canindeyú	26.924	17.990	5.610	1.799	7.409
Pte. Hayes	13.206	10.266	1.276	1.027	2.302
Boquerón	6.921	5.697	353	570	922
Alto Paraguay	1.527	1.464	-130	146	17
Capital	44.093	33.839	4.941	3.384	8.325
Total	738.619	495.685	150.409	49.569	199.978

Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones – MSP y BS, año 2014

IV. Objetivos

1. General

- Mantener y Consolidar la eliminación del sarampión, rubeola y síndrome de rubeola congénita en todos los distritos del país, mediante la vacunación con SPR y OPV en la población de 1 a 5 años, para disminuir el acumulo de población susceptible y riesgo de brotes epidémicos asociados a importación de casos de Sarampión y Rubeola.

2. Específicos

- Realizar Campaña de Seguimiento contra Sarampión y Rubéola en niños y niñas de 1 a 5 años en todos los departamentos del país con la aplicación de la vacuna SPR y OPV en forma indiscriminada
- Administrar una dosis de vacuna OPV en forma discriminada a la población de 1 a 5 años
- Actualizar del esquema de vacunación en la población menor de 5 años

V. Población Objetivo

Niños y niñas de 1 a 5 años con 11 meses y 29 días, deberán recibir una dosis de la vacuna triple vírica SPR independientemente al estado de vacunación con esta vacuna.

Aprovechar la oportunidad para aplicar al niño y la niña, cualquiera de las vacunas del Programa Regular, PENTA, OPV, DPT, PCV10 o la vacuna que aún no hayan recibido para administrárselos en la visita.

VI. Duración de la campaña

- Se asignara un día para el lanzamiento oficial de la campaña con una amplia difusión por los medios de comunicación locales, se estima para el 23 de abril a nivel nacional, cada departamento y distrito realizará el lanzamiento en a nivel local, se podrán cursar invitaciones a personalidades del área deportiva, social o cultural para ese día para atraer la atención de padres y niños.
- La tercera semana de la campaña (18 de mayo) se realizara un reforzamiento denominado el día “D” como la intensificación al llamado a la población para la vacunación
- Posteriormente se iniciaran los monitoreos rápidos de cobertura cruzados entre distritos y regiones para la certificación de la campaña y verificación de niños vacunados

Sensibilización Expectativa y Motivación	Lanzamiento	Divulgación de mensajes promocionales de la campaña, Mantenimiento, Relanzamiento de la campaña y Última oportunidad				Finalización de la campaña		
		Abril	Abril	ABRIL A MAYO		Junio	Julio	Julio
16-04-14 H/ día lanzamiento Campaña	23 de abril Lanzamiento Nacional Departamental Distritos Servicios de Salud	23 abril al 30 abril X concentración	1 a 17 de mayo (casa a casa)	Domingo o 18 mayo Mega día “D”	19 de mayo al 25 de mayo Vacunación mas MRV	Domingo 26 mayo Oportunidad nueva para Vacunación	27 de mayo a 5 junio Culminación campaña	Informe final de la Campaña
Capacitación en todos los niveles Elaboración y verificación de micro planificación por servicios de salud Organización de la campaña en todos los niveles		Ejecución de la vacunación de la población de 1 a 5 años Tácticas de vacunación: <ul style="list-style-type: none"> • Puestos fijos: servicios de salud, • Población cautiva: jardines, guarderías, otros • Casa a casa, brigadas móviles y mini concentración • MRV de servicios de salud para verificar si se vacuno bien las localidades 				Ejecución de MRV <ul style="list-style-type: none"> • Intermedio • Final 	Recolección final de la información	

VII. Tácticas de Vacunación

- Mantener un puesto de vacunación permanente en el servicio de salud, (intra-muro) cuya ubicación debe ser estratégica a fin de satisfacer la demanda espontánea y facilitar la oferta sistemática de vacunas de la campaña (SPR, OPV), así como del resto de vacunas; el personal

debe planificar (micro-planificación) e implementar simultáneamente las siguientes tácticas de vacunación, las que seleccionarán según características de cada comunidad y población:

- Vacunación casa a casa (barrido casa a casa)
- Población cautiva o Brigadas móviles (lugares con alta movilización de personas y poblaciones cautivas, ejemplos: guarderías, escuelas, iglesias, mercados, terminales de buses, etc.)

Cada semana se esperara un rendimiento de 4.5 diario, 25% semanal, estas pudieran ser mayores dependiendo de la táctica de vacunación utilizada

VIII. Organización de la campaña

El Ministerio de Salud y Bienestar Social, es el Rector del Sistema Nacional de Salud, lo cual corresponde liderar la organización de la campaña y movilizar, canalizar y optimizar los recursos necesarios para su ejecución. La distribución de las responsabilidades por niveles fue organizada a través de la conformación de comités integrados por los sectores del SNS y la sociedad civil. En el marco de la organización es importante considerar los siguientes puntos a la hora de organizar las actividades:

- Organizar y poner en marcha los comités de gestión
- Programación y logística
- Programación de recursos humanos
- Programación de vacunas e insumos
- Programación de recursos logísticos y financieros
- Programación de actividades de vacunación
- Elaboración y establecimiento de un cronograma de actividades
- Sala de situación y mapeo

Comité Directivo Nacional

- Presidido por el Ministro de Salud, Instituto de Previsión Social, Sanidad Militar y Policial, Medicina Privada, Ministerio de Educación, Sociedades Científicas y Universidades.

Funciones

- Este comité lidera y respalda políticamente la campaña y garantiza su ejecución a través de la designación de coordinadores nacionales responsables de dirigir y organizar la campaña al interior de sus instituciones

Comité Ejecutivo Nacional

Presidido por la Vice-Ministra de Salud, coordinado por la Directora General de Vigilancia de la Salud y conformado por la oficina de Planificación del IPS, la Dirección Médica Policial, Dirección Médica Militar, la Sub-Dirección de Vigilancia de la Salud, el PAI, Direcciones Generales del Ministerio de Salud y Oficinas Técnicas del Ministerio de Educación y Cultura.

Este comité es el responsable de la planificación, organización, programación, ejecución monitoreo y evaluación de la campaña y todos sus componentes en todo el territorio Nacional.

A nivel departamental

El Gobernador, el director regional de salud y su equipo de trabajo, Intendentes de distritos dependientes, el Secretario de Salud y el de Educación, representantes de otros ministerios, comisiones vecinales asociaciones campesinos, otras organizaciones de la sociedad civil

Funciones

- Sera responsable de organizar, dirigir, monitorear y supervisar la ejecución de la campana en el ámbito departamental
- A nivel local
- Se implementara la misma organización, presidida por el intendente del distrito, el director del centro de salud y el equipo distrital, los consejos locales de salud, directores y encargados de establecimientos de salud privados y públicos

IX. Elementos claves para el éxito de la campaña

1. Planificación
2. Coordinación sectorial e intersectorial
3. Micro –planificación
4. Vacunación segura
5. Comunicación y Movilización social
6. Logística y Cadena de frio
7. Capacitación
8. Sistema de Información
9. Supervisión
10. Monitoreo y evaluación

1. *Planificación*

Con el fin de dar cumplimiento a los compromisos que el país ha asumido para eliminar y mantener la circulación de los virus de sarampión y rubeola, se proponer disponer de:

- Decreto presidencial sobre la prioridad nacional de la campaña de vacunación firmada por el poder ejecutivo, presidente constitucional Sr. Horacio Cartes
- Resolución Ministerial de oficialización de la campaña, MSP y BS.
- Integración de Comités técnico-gerenciales responsables de coordinar cada nivel de gestión (nacional, regional, local).
- Plan de Acción Nacional de la campaña que incluya cronograma, responsables y financiamiento para cada componente
- Establecimiento de lineamientos técnico-operativos y la documentación requerida para la organización, ejecución y evaluación de la campaña
- Guía para el vacunador y carpetas de abogacías

Programación

La programación es una etapa fundamental de la campaña y debe llegar hasta la microprogramación en el nivel local, lo que va a determinar la captación y verificación que toda la población objetivo se programo vacunar y la cobertura obtenida por localidades.

Comprende la estimación de necesidades de todos los recursos que se requieren para la ejecución de la campaña por país, región, distrito y servicios locales. Se basa en cuantificar todos los recursos existentes (humanos, materiales y financieros) y determinar la cantidad y tipo de población a la que es factible atender con ellos. Esta información permite determinar el déficit de los recursos necesarios para atender a toda la población y establecer las estrategias que permitirían movilizarlos.

Para determinar la necesidad de recursos debe previamente conocerse la meta y el tipo de población que se va a vacunar, ello implica realizar una serie de actividades de planificación previas al ejercicio de programación.

Recursos Humanos: la campaña requiere de la labor del personal de salud y de personal alternativo, por ello, es necesario identificar:

- Recursos Humanos realizará las actividades de vacunación y registro.
- Recursos Humanos que realizará las capacitaciones según los lineamientos técnicos de la campaña y por componentes en cada sector del Sistema Nacional de Salud.
- Recursos Humanos para supervisión, MRV y evaluación en cada nivel.
- Integrantes del Grupo de Respuesta Inmediata (GRI) a crisis y monitoreo de vacunación segura
- Vacunadores Institucionales: Todos los trabajadores del Sistema Nacional de Salud que saben inyectar (personal de blanco).
- Vacunadores Alternativos: Estudiantes de medicina, enfermería, odontología, técnicos en salud y técnicos en farmacia que requieren un proceso de capacitación.
- Guía o rastreadores que conformaran cada brigada de vacunación, lo que facilitará la captación de los niños en cada hogar y se encargará de preparar a la familia, las libretas de vacunación conforme vayan llegando los vacunadores, además registrará las casas visitadas como también las que estuvieron cerradas durante la visita de intervención

Recursos financieros

Estimar el costo de las actividades de la organización y operatividad de la campaña en cada uno de los componentes y comparar los recursos financieros disponibles frente a los necesarios y con base en ello identificar los recursos adicionales que deberán obtenerse a través de la gestión y movilización por parte de los niveles directivos.

A nivel Regional y Distrital los Directores de Salud deben asignar recursos propios para la ejecución de la campaña, específicamente para el apoyo de transporte y alimentación de las brigadas que laborarán la jornada completa de 8 horas, el transporte de las brigadas que trabajarán solo media jornada (4 horas) y los supervisores del nivel local.

2. Coordinación sectorial e intersectorial

- Establecer alianzas estratégicas con diversos socios (Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Sociedades de Pediatras, Sociedades Científicas, Universidades, Organismos internacionales, ONG, y otras organizaciones de participación comunitaria)
- Establecer reuniones de coordinación interinstitucional para identificar y establecer compromisos y gestionar el apoyo político, técnico y financiero.
- Convocatoria a sociedades científicas para establecer alianzas y compromisos, mediante el análisis de la situación de la eliminación, acumulación de susceptibles, responsabilidades en las actividades de vacunación privada (registro, reporte, cadena de frío), contribuciones esperadas.

3. Micro – planificación

Generalidades

La Micro-planificación es un elemento clave y un método de trabajo que permite desarrollar de manera ordenada y sistemática, la programación, organización, coordinación, ejecución y evaluación de las actividades de vacunación del programa regular y en particular durante las campañas de vacunación a nivel local, validando la información utilizada en el terreno y resultados.

Ante la magnitud de la campaña de vacunación, el nivel local como responsable de la oferta y de la respuesta a la demanda de los servicios de vacunación, precisa estar en condiciones de afrontar el

desafío para realizarla en corto periodo de tiempo, y lograr resultados eficientes y efectivos, evitando la improvisación de las actividades y que se genere crisis de recursos.

Una adecuada y detallada micro-planificación garantizará el alcance de la meta de la campaña ($\geq 95\%$ de cobertura en el 100% de los distritos, que son distribuidas en servicios de salud y localidades) ya que facilitará la implementación de las tácticas de vacunación a utilizar. A partir de la micro-planificación se definirá el plan de trabajo diario de cada brigada de vacunación.

La micro planificación le permitirá determinar el número de brigadas necesarias para cubrir las localidades del área de influencia de su servicio en el tiempo establecido para la campaña; es importante realizar oportunamente las gestiones necesarias de movilización de recursos ante escuelas formadoras, ONG's, gobernaciones, municipalidades u otras, a fin de garantizar el número de brigadas necesarias.

Capacidades fortalecidas con la micro-planificación

“La Micro-planificación”, permitirá a los equipos de salud facilitar el trabajo y fortalecer su capacidad de respuesta mediante:

- Una planificación anticipada
- Selección correcta de las tácticas de vacunación para la captación de la población objetivo.
- Fortalecimiento de los mecanismos de coordinación local que coadyuven a la captación de la población objetivo de vacunación
- Llegar a las áreas de difícil acceso
- Identificar las necesidades de vacunas e insumos
- Organizar el trabajo de las brigadas de vacunación
- Establecer el seguimiento de logros y la evaluación de resultados
- Lograr coberturas de vacunación superiores a 95% de la población bajo su responsabilidad geográfica

Información requerida para la preparación de la micro-planificación

Para garantizar un proceso de micro planificación completo, deberá contar con la siguiente Información:

1. Mapas o croquis de las localidades que indiquen los límites de las mismas, identificando las características geográficas, las vías de comunicación, las instituciones de salud, la ubicación de puntos de concentración, puntos de referencia, tales como guarderías, escuelas, mercados, iglesias, capillas, plazas y otros.
2. Lista de los barrios, compañías, asentamientos y otros, por cada servicio de salud.
3. Total de población objetivo (niñas y niños de 1 a 5 años) por localidad y servicios de salud.
4. Número de vacunadores disponibles y necesarios para la campaña por localidades
5. Tácticas de vacunación para cada servicio de salud según tipo de localidad
6. Lista de lugares con población concentrada (guarderías, escuelas), con alta circulación de personas (mercados, terminal de transporte, etc.)
7. Lista de materiales: guía y formularios de Micro-planificación, marcadores, lápices de colores.

Recuerde

Una adecuada y detallada micro-planificación garantizará el alcance de la meta de la campaña ($\geq 95\%$ de cobertura en el 100% de los municipios) ya que facilitará la implementación de las tácticas de vacunación (vacunación en servicio de salud, casa a casa, población cautiva y brigadas móviles).

Cronograma para la ejecución de la micro planificación

- La micro-planificación se realizará desde febrero a marzo en todos los servicios de salud de cada distrito del departamento donde corresponda
- En el mes de abril se llevará a cabo la consolidación y verificación por el nivel superior correspondiente (distrito, región y MSP y BS)
- En la micro-planificación se definirá el plan de trabajo diario de cada brigada de vacunación, la cual deberá estar conformada por las siguientes personas:
 1. Vacunador
 2. Anotador o registrador
 3. Guía de la brigada (motiva y acerca a las personas al puesto de vacunación y en los barridos casa a casa anuncia y promueve la vacunación, registra las casas según se encuentre; cerrada, rechaza, no hay niños y otros)

Pasos para realizar la micro-planificación

1. Elaboración del croquis/mapa de su área de responsabilidad
2. Lista de localidades (barrios, compañías, asentamientos, comunidades, otros) con la población asignadas según fuentes de información
3. Recursos Necesarios – primera fase
4. Recursos Necesarios – segunda fase
5. Recursos necesarios – tercera fase
6. Capacitación
7. Logística y Vacunación
8. Cronograma
9. Presupuesto
10. Plan de Trabajo diario

Paso 1: Croquis o mapa por servicios de salud

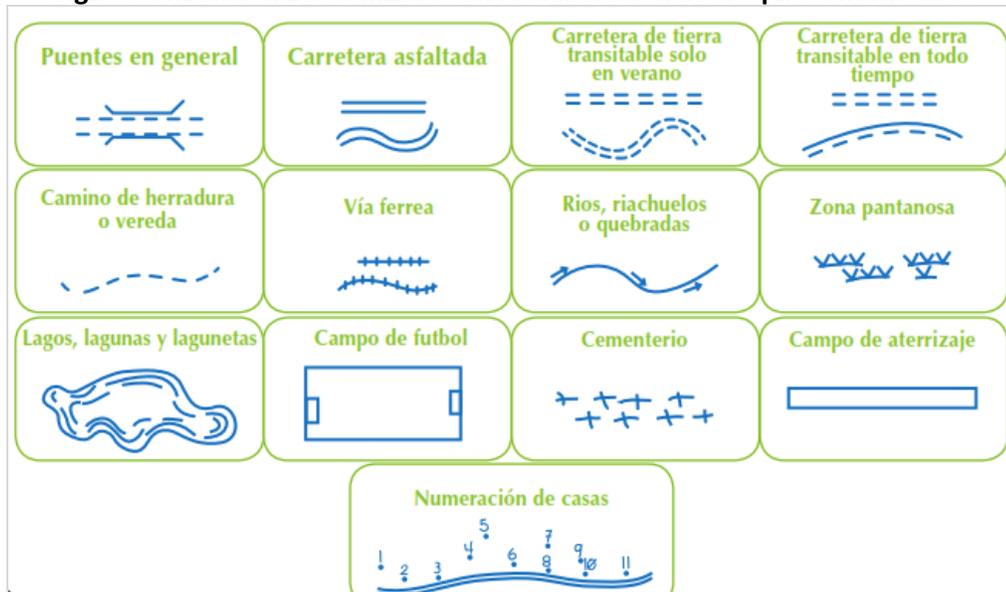
Cada Servicio de Salud debe de disponer del mapa en donde se visualiza con claridad el total de localidades que conforma su área geográfica de influencia determinando los límites entre localidades y los principales puntos de referencia (guarderías, escuelas, iglesias, servicios de salud, puestos de policía).

Elaborar croquis de cada localidad que incluya la siguiente información:

- Total de viviendas habitadas y no habitadas en la localidad
- Población de 1 a 5 años a vacunar
- Punto de inicio (primera casa a visitar ruta a seguir durante el barrido casa a casa)
- Este mismo croquis se utilizará para evaluar al final de cada día el cumplimiento de la micro-planificación y la realización de monitoreos rápidos de Vacunados (MRV).
- Generalmente ya existen croquis en varias localidades, sin embargo, algunos requieren ser actualizados y en donde no existan deberán elaborarse, considerando lo siguiente:
 - Realizar reconocimiento geográfico, actividad encaminada a la exploración del territorio y delimitación del área geográfica de influencia (AGI).
 - Buscar y gestionar información relacionada al número de casas en la comunidad, como por ejemplo censo anual, información del personal de vectores, inspectores de saneamiento ambiental, Programas de Extensión de Cobertura (PEC) y municipalidades, u otros organismos /instituciones que utilizan o elaboran croquis (Empresa eléctrica, ONG, etc.)
 - Internet , mapa google
 - Marcar o indicar el norte en el croquis con una flecha y considerar la cabecera municipal como punto de partida.

- Registrar el nombre de las localidades que se ubican en los límites geográficos norte, sur, este y oeste.
- Identificar en el croquis los lugares de referencia, partiendo por la cabecera municipal hacia la localidad, señalando ríos, caminos, líneas férreas y distancias entre una y otra.
- Identificar en el croquis la entrada principal al lugar y las principales vías y formas de acceso.
- Ubicar y numerar las casas, indicando en un círculo el número de niños y niñas de 1 a 5 años que habitan cada una de ellas. Este número se graficará dentro de un círculo, al lado del número de la vivienda.
- La numeración de las casas en localidades urbanas con cuadras definidas, será por manzana.
- La numeración de las casas en localidades pequeñas con una o dos calles debe hacerse alterna de lado a lado, máxime si existen obstáculos naturales (ríos, zanjones, etc.)
- Conforme avance el reconocimiento en el croquis, se ubicaran puentes, ríos, caminos, vías férreas, iglesias, escuelas, etc.
- Si se integrara una nueva casa a la comunidad después de haber sido numeradas las casas, se debe seguir con la numeración correlativa y no hacer una nueva numeración de toda la comunidad; tampoco es recomendable agregar una letra al número de la casa que esté próxima
- Para ubicar más fácilmente las casas en el croquis, es importante incluir algunos signos que permitan identificar algunas características importantes de la comunidad o sector, por lo cual se detallan a continuación los signos convencionales utilizados en la elaboración de los croquis comunitarios.

Signos convencionales utilizados en la elaboración de croquis comunitarios



Uso CORRECTO de los números en el croquis

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 11

1 : Haga una sola línea vertical. No incline el 1 (/). No le ponga un "sombbrero" o base al 1 (1.1).

2,3 : Haga el 2 y 3 sin adornos (2, 2, 3, 3).

4 : Haga el 4 de forma abierta. Un 4 cerrado puede verse como un 9 (4).

5 : No cierre el 5, ya que puede verse como un 6 (5).

6 : Tenga cuidado con el círculo del 6, ya que puede verse como un cero (6).

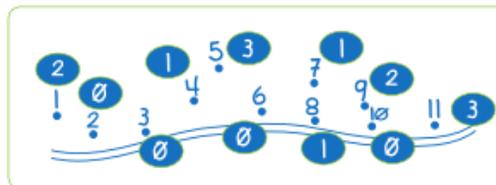
7 : Ponga una línea pequeña horizontal para "cruzar" el 7. De esta forma no se verá como un 1 (7, 1 o 7!).

8 : Haga dos círculos separados para que el 8 no se vea como un cero (8). No separe los dos círculos (8).

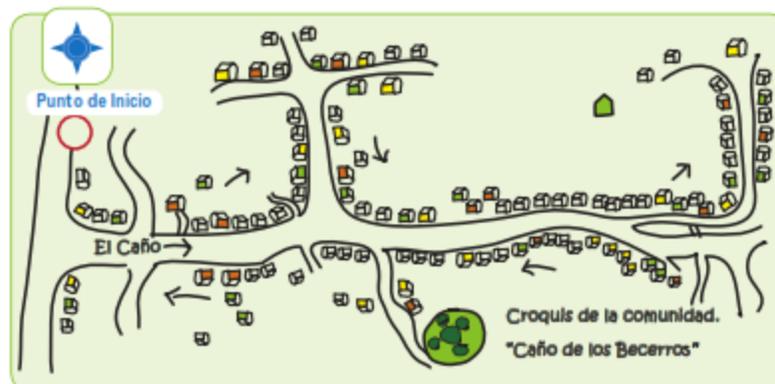
9 : Asegúrese de cerrar el círculo del 9 para que no parezca un 4 (9 : 9 ó 4?).

0 : Ponga una línea diagonal sobre el cero para su fácil identificación. El cero puee verse como un 6 (6 : 0 ó 6?).

Señalización de casas y número de niñas/niños de 1 a 5 años de edad



Elaboración de croquis de localidades del área de influencia



Paso 2: Población Objetivo y Lista de localidades

Elaborar la lista de todas las localidades, según tipo (barrios, compañías, asentamientos, comunidades indígenas, otros) ubicadas en el área geográfica de influencia del servicio salud, Indicando la población de 1 a 5 años por localidad y tácticas de vacunación (cautiva - concentración, brigadas móviles, casa a casa y otros).

Formulario para localidades y población asignada

POBLACION OBJETIVO - LISTA DE LOCALIDADES										
Nº	INSTITUCIÓN Y/O LOCALIDADES	POBLACION TOTAL		PRIMERA FASE (CONCENTRACIÓN: Jardín, pre escolar, guarderías, educación maternal)		SEGUNDA FASE (CASA A CASA - CONCENTRACIÓN)		TERCERA FASE (MRV E IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE No vacunadas)	EVALUACION SEGÚN POBLACION VACUNADA	Persona con quien coordinara el trabajo (líder, maestros, otros)
		OPV (1-5 AÑOS)	SPR (1-5 AÑOS)	OPV (1-5 AÑOS)	SPR (1-5 AÑOS)	OPV (1-5 AÑOS)	SPR (1-5 AÑOS)			
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J

Tácticas de Vacunación para cada localidad

- Mantener un puesto de vacunación permanente en el servicio de salud, (intra-muro) cuya ubicación debe ser estratégica a fin de satisfacer la demanda espontánea y facilitar la oferta sistemática de vacunas de la campaña (SPR, OPV), así como del resto de vacunas; el personal debe planificar (micro-planificación) e implementar simultáneamente las siguientes tácticas de vacunación, las que seleccionarán según características de cada comunidad y población:
 - Vacunación casa a casa (barrido casa a casa)
 - Población cautiva o Brigadas móviles (lugares con alta movilización de personas y poblaciones cautivas, ejemplos: guarderías, escuelas, iglesias, mercados, terminales de buses, etc.)

Cada semana se esperara un rendimiento de 4.5 diario, 25% semanal, estas pudieran ser mayores dependiendo de la táctica de vacunación utilizada

Pasos 3 al 5: Recursos necesarios

Se estimaran las necesidades en base a la realidad local por cada localidad de la institución que corresponde, según la táctica de la vacunación

- Primera Fase** : por concentración (guarderías, escuelas, jardines, otros)
- Segunda Fase**: vacunación casa a casa – concentración
- Tercera Fase**: MRV e identificación de área no vacunada

Para la elaboración de micro-planificación de los cálculos de necesidades para las tres fases se utilizara el siguiente formulario

RECURSOS NECESARIOS para la 1ª FASE, 2da. FASE y 3ra. FASE de la campaña

Nº	Instituciones o lugares de vacunación	POBLACIÓN		Días de vacunación por concentración	RECURSOS HUMANOS								MOVIL, DISTANCIA, TIEMPO Y COMBUSTIBLE NECESARIO			
					Nº de Brigadas			Nº Supervisores de brigadas (Cada 10 brigadas)	Coordinador de brigadas	Equipo municipal (solo para el nivel Municipal)	Asesor departamental (1 por municipio)	Total personal (E+F+G+H+I+J)	Móvil necesario	HORAS	KM	Combustible necesario
		Necesario	Existentes		En falta	Litros	Costo									
		A	B		C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N

Recuerde: Cualquiera de las tácticas de vacunación se puede realizar en forma simultánea, ejemplo: si en una localidad hay un jardín de 30 niños, puede un equipo de brigada vacunar a la población por concentración y otra brigada realizar casa a casa

Paso 6 : Capacitación

El proceso capacitación es vital para asegurar la capacitación de todo el personal o participante en la campaña para que conozca y cumpla todos los procesos a desarrollar para el logro de los objetivos y metas.

Para organizar e implementar el proceso de capacitación se desarrollará el plan nacional, regional y local de los equipos de salud el que incluye calendario, objetivos, contenidos, metodología, logístico y presupuesto.

Objetivo:

- Estandarizar los conocimientos obtenidos del nivel central sobre todos los componentes de la campaña, los equipos regionales realizarán talleres participativos de capacitación dirigidos:
 - a. Los equipos locales de todos los distritos distribuidos según ubicación geográfica y organización de supervisión.
 - b. Los equipos coordinadores de la campaña del IPS en los niveles Regionales.
 - c. Los vacunadores alternativos ofrecidos por las Universidades y o Institutos de formación técnica en salud.

La secuencia a seguir en la capacitación debe ser el proceso administrativo que involucra a cada uno de los componentes que deben desarrollarse en la campaña; como ejemplo se relacionan algunos de los componentes básicos:

- Divulgación e implementación de los lineamientos técnicos,
- Procedimientos de manejo y aplicación de las vacunas SPR - OPV,
- Bioseguridad,
- Vigilancia epidemiológica de efectos supuestamente atribuidos a la vacuna e inmunización ESAVI's leves y graves,
- Supervisión,
- Monitoreo rápido de vacunados
- Evaluación

Formulario para la capacitación

INSTITUCIÓN Y/O LOCALIDADES	CAPACITACION DE COORDINADORES Y SUPERVISORES (1 día)				CAPACITACION DE BRIGADAS (1 día)				CAPACITACION MOVILIZADORES (EDUCADORES) (1 día)			
	Coordinador de Área	Nº de facilitadores	LOCAL	FECHAS (inicio- finalización)	fechas de reclutamiento	Nº integrantes de brigadas (Nº de equipos x 6)	Nº facilitadores (supervisores)	Fechas (inicio- finalización)	Fechas reclutamiento	Nº de movilizados a capacitar	Nº facilitadores (supervisores)	Fecha
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M

Paso 7: Estimación de requerimientos Logística de vacunación

Calcular requerimientos de vacunas e insumos, según población objetivo de cada localidad, determinando número de dosis a aplicar, según población meta, así como el número de los frascos requeridos de ambas vacunas, necesidades de jeringas para la dilución y administración de la vacuna, el número de cajas de bioseguridad, según normas establecidas y numero de stiquer/ calcomanías en función de niños a vacunar con SPR/OPV, entre otros

Formulario para estimar los requerimientos

Nº	LOCALIDADES	POBLACIÓN META		Nº de dosis de vacunas OPV	Nº de dosis de vacunas SPR	Nº de jeringas autobloqueantes 0.5 (de acuerdo a pobl. meta)	Nº de jeringas para dilución 1 ml	Nº de cajas de seguridad (Nº total de jeringas/100 x 1,11)	Nº de rollos de algodón de 500 gr. (1 rolo por 300 jeringas autobloqueantes)	Nº Cajas isotérmicas de 20 litros 1ª fase (Nº de coordinadores de área/ localidades)	Nº Cajas isotérmicas de 1.5 litros (1 cajas por brigada)	(Nº paquetes fríos = 20 paquetes x caja de 20 lt)+ 4 por caja de 1.5 litros x 2 (reposición)	Nº Brigadas de vacunación	Nº Manual da campanha = (Nº de brigada + sup.+coord.+ equipo municipal + asesores)	Nº Manual del supervisor= Nº sup.+ coord.+ asesores	Nº libreta o carnet de vacunación (Pobl. 1-4 años)	Nº de registros (2 registros por equipo por 30 días)	Nº Registros de Consolidado (2 registros por supervisor por día x 1,11)	Nº registros de consolidado Municipal
		OPV (1-5 AÑOS)	SPR (1-5 AÑOS)																
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	X	Y	

Paso 8: Cronograma de actividades

A partir de la micro-planificación, cada servicio de salud deberá elaborar su plan de trabajo diario, el cual incluirá los componentes esenciales de la campaña:

- Actividades por cada componente
- Responsable para la ejecución y seguimiento de las tareas
- Fechas probables de la ejecución

Formularios Cronograma de actividades de campaña

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FECHAS PROGRAMADAS POR SEMANA																	
		FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO					
		1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª

Paso 9: Presupuesto de costo de la campaña

- Este paso es de vital importancia para gestionar recursos adicionales para operacionalizar la vacunación y verificar cuantos recursos está disponible y cual es el faltante

Nº	SERVICIO DE SALUD - MUNICIPIO - REGIÓN SANITARIA	Costo de refrigerio de capacitación	Costo de movilización social	Costo de combustible	Costos varios	Alquiler de vehículo si hubiere	Costo de otros materiales disponibles, remeras, otros.	TOTAL
	A	B	C	D	E	F	G	H
1								
2								
3								

Paso 10: Plan de Trabajo

A partir de la micro-planificación, cada brigada de vacunación deberá elaborar su plan de trabajo diario, el cual incluirá lo siguiente: Fechas, localidades a vacunar, tácticas de vacunación a utilizar, población estimada a vacunar registrando el nombre de los integrantes de la brigada de vacunación (vacunador, registrador, Jalador,) así como el nombre del supervisor responsable, tipo de transporte requerido y teléfono de contacto de la brigada, este formulario es dinámico, hacer los ajustes cuantas veces sea necesario y re-programación de la fecha de vacunación según necesidad

Fecha	Localidades	Táctica	Población Estimada a vacunar	Nombre del vacunador	Nombre del registrador	Nombre del Guía	Supervisor	Transporte	Teléfono de la brigada

- Cada servicio de salud realizará un plan diario de trabajo por cada localidad donde se va a vacunar
- Mantener entre todos un ordenamiento básico de la vacunación casa a casa : “Localidad intervenida = localidad finalizada”, una vez finalizada una localidad para intervenir la siguiente

Recuerde:

La micro-planificación será utilizada para monitorear diariamente las coberturas de vacunación por localidades en cada servicio de salud

Antes de iniciar acciones de vacunación en una nueva localidad, deberá garantizar que en las localidades ya cubiertas se ha alcanzado mínimo coberturas útiles ($\geq 95\%$).

Verificación de micro-planificación

Las Direcciones Regionales y los distritos deben consolidar y verificar la micro-planificación de cada uno de sus servicios de salud.

El proceso de verificación de micro-planificación por servicio de salud incluirá:

Objetivo:

- Validar la población de la micro planificación sobre la población asignada de 1 a 5 años por cada localidad, por servicios de salud.

Verificación a nivel de localidad/establecimientos de salud

Cada equipo distrital y servicios de salud deberá confirmar a través de la verificación la verdadera población de cada localidades, en lo que se requiere realizar los siguientes pasos

- a. Comparar la población de la micro planificación estimada para cada localidad con los censos locales actualizados durante los últimos 12 meses, en caso de disponer.
- b. Confrontar la población de cada localidad con los líderes comunitarios, autoridades locales la inclusión de todas las localidades de su área de responsabilidad y los lugares con alta circulación y concentración de personas. (pudiendo también realizar con el responsable de vectores – SENEPA) u otra entidad de información que el servicio de salud mencione
- c. Confirmar la población de 1 a 5 años que vive en cada localidad, a través de las visitas domiciliarias de la siguiente manera:
 - a. Utilizar el croquis para identificar la población por cada una manzana que compone la localidad
 - b. Llegar a cada una de las casas y preguntar cuántos niños de 1 a 5 años vive en la casa , recorrer todas las casas de esa manzana
 - c. Finalizada el recorrido de todas las manzanas que componen la localidad, usted identificara cuántos niños viven de 1 a 5 años por cada manzana en total de las manzanas
- d. Comparar resultados de verificación
 - a. Determinar la concordancia de la población programada a través de la micro-planificación con el dato poblacional registrado en otras fuentes, como por ejemplo:
 - Nacidos vivos (proyecciones) según la dirección de estadísticas y censo del MSP y BS
 - Registro nominal de niños y niñas en las tarjetas índice de vacunación (entre 2010 hasta mayo 2014) niños de un año
 - Número de dosis de BCG administradas 2009 hasta mayo 2013

De existir una diferencia de $\pm 5\%$ entre la población definida en el micro planificación y la población de otras fuentes, determinarse conducta a seguir (ver ejemplo).

Verificación de la población por localidad

Localidad	Población de 1 a 5 años		Indique la fuente	Diferencia		Posibles conductas a seguir
	Micro	Otra fuente		Micro plan	% diferencia	
Barrio Flores	200	250	Censo del servicio de salud 2013	-50	-25%	Revisar y verificar micro plan paso por paso: <ul style="list-style-type: none"> • Nacidos vivos DIGES • BCG administradas de 2008 a octubre 2012. • Consulta a líderes locales. Definir en equipo la población meta a utilizar para campaña y documentar en acta
Carmen	400	375	BCG administrada entre 2009 al 2013	25	6%	Definir en equipo la población meta a utilizar para campaña y documentar en acta
Naranjo	50	52	Nacidos vivos DIGES	-2	3%	Utilizar la población definida en el micro plan

*Otras fuentes de población: Nacidos vivos (DIGES) censos locales actualizados durante los últimos 12 meses;

2) registro nominal de niños y niñas en DIGES 5 a (del 1 enero 2008 a octubre 2012); 3) sumatoria de niños vacunados con BCG de 2008 a octubre 2012.

Verificación a nivel de distrito

- Consolidar la población verificada de cada servicio de salud y compararla con el dato de registro de nacidos vivos del DIGEES por distrito.
- De existir una diferencia $\pm 5\%$ entre la población definida en la micro planificación y la población de nacidos vivos, deberá justificarse esta diferencia: migración, alto tránsito de personas de otros municipios durante el día, municipio/ aldea dormitorio. Debe documentarse esta justificación (minuta en libro de acta).
- El consolidado de la micro planificación a nivel de distrito deberá contemplar cada uno de los pasos de la micro planificación según las especificaciones y totales (recursos humanos y funciones)

4. *Vacunación segura*

Para cumplir con la vacunación segura debe considerarse tres aspectos: Seguridad del receptor, seguridad del trabajador de la salud y de la seguridad del medio ambiente.

Seguridad del receptor

En este aspecto debe considerar todo lo relacionado a:

- Cumplimiento de normas de la cadena de frío en relación almacenamiento y conservación de vacunas en refrigeradoras y termos.
- Fecha de vencimiento y aspecto de la vacuna.
- Utilización de diluyente a temperatura normada (+2 +8°C una hora antes de ser utilizado).
- Preparación de la vacuna en el momento de su utilización y administración.
- Prevención de errores programáticos u operacionales asociado al uso de diluyentes o vacunas vencidas, contaminadas, administración de la vacuna vía y sitio anatómico incorrecto, etc.
- Utilización de jeringas auto destructibles.
- Aplicación de normas de Manejo de frascos abiertos.

Aspectos relacionados con la seguridad del trabajador de salud

- a. No re-tapar las agujas después de usarlas.
- b. Reporte y atención de accidente.
- c. Utilización de cajas de bio-seguridad.

Aspectos relacionados con la seguridad del medio ambiente

- a. Adecuada disposición final de desechos de acuerdo a lineamientos del Departamento de Regulación de los Programas de la Salud y Ambiente en coordinación con la disposiciones en las direcciones regionales
- b. Los frascos con saldo de vacuna, deben sumergirlos en solución de hipoclorito de sodio del 2.5 a 5% por 24 horas.
- c. Uso de bolsa blanca (material que no tuvo contacto con pacientes, frascos vacíos, capucha de la jeringa, ampollas vacías de los diluyentes).
- d. Uso de bolsa roja (bio-infecciosos no punzantes, algodón con sangre).
- e. Uso de bolsa negra (desechos comunes, papel, empaque de la jeringa, etc.).

Aspectos que incluye el componente de vacunación segura

- Vacunas e insumos de calidad
- Prácticas de inyección segura
- Aspectos técnicos y clínicos de los Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o
- Inmunización (ESAVI)
- Manejo e investigación de los ESAVI
- Manejo de crisis

Vacunas e insumos de calidad: Las vacunas, jeringas y cajas de bioseguridad a ser utilizadas durante la campaña han sido adquiridas a través del Fondo Rotatorio de la OPS /OMS. Estos cumplen los criterios de calidad de acuerdo con normas internacionales definidas en el sistema de precalificación de la OMS. La calidad y seguridad de las vacunas han sido certificadas por la Autoridad Regulatoria Nacional (ARN) del país de origen y también por el Departamento de Regulación, Vigilancia y Control de los Productos Farmacéuticos y Afines al ministerio de salud del país.

Prácticas de inyección segura: Está orientado al cumplimiento de las normas de inyección en todo el proceso:

- Antes: conservación y manejo de vacunas, asepsia, antisepsia de equipos, asegurar el abastecimiento y transporte seguro de vacunas, materiales e insumos.
- Durante: asegurar el manejo, conservación y transporte de vacunas, técnicas de aplicación en relación asepsia, dosis, vías de administración, manejo de frascos abiertos, normas de manejo y descarte de jeringas y agujas en cajas de bioseguridad y registro.
- Posterior: asegurar el transporte, manejo y disposición final de desechos, según normativa y regulación nacional.

Recuerde

El incumplimiento de la normativa de la práctica de inyección segura antes, durante y posterior a las acciones de vacunación, puede ocasionar errores programáticos y eventos relacionados como los que se describen a continuación:

Reacciones leves ante la administración de las vacunas SPR

Eventos	Porcentajes en susceptibles	Tiempo de aparición después de vacunarse
Fiebre	hasta 5%	5° a 12° día
Irritabilidad, malestar general	5%	-----
Erupción cutánea	1 – 16%	5° a 12° día
Artralgia (dolor) o artritis (edema)	0,5% – 25% *	7° a 21° día

**En mujeres susceptibles a rubeola y en menor porcentaje en los niños (0,5%)*

Reacciones severas ante la administración de las vacunas SPR

Eventos	Tiempo en que tarda en aparecer	Tasa por 1.000.000 de dosis aplicadas
Convulsiones febriles	5-12 días	333
Trombocitopenia (recuento bajo de plaquetas)	21-35 días	33
Anafilaxia	0 – 1 horas	1 – 50

Se han comunicado casos de encefalitis después de la vacunación contra el sarampión, en aproximadamente 1 caso/1.000.000 de dosis administradas, aunque no se haya comprobado su relación causal./ El componente parotídico de la vacuna puede generar inflamación de las glándulas parótidas se puede dar entre los 7 a 14 días post vacunación y se presenta en escaso porcentaje hasta 2%. **Fuente:** Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA (eds.). Vaccines. 5th ed. Philadelphia; Saunders Elsevier; 2008.

Errores programáticos y eventos relacionados

Tipo de error programático	Eventos generados
Inyección no estéril: <ul style="list-style-type: none"> • Reutilización de jeringa o aguja. • Uso de jeringas sin garantía de esterilidad adecuada (empaque roto, sucio o vencido) • Vacuna o diluyente contaminado. • Uso de vacuna liofilizada (frasco conteniendo la vacuna en polvo) vencida 	Infección: absceso localizado en el sitio de inyección, sepsis, síndrome de choque tóxico o muerte, infección transmitida por la sangre, como hepatitis o VIH
Tipo de error programático	Eventos generados
Error de reconstitución (preparación): <ul style="list-style-type: none"> • Reconstitución con diluyente incorrecto. • Reemplazo de la vacuna o diluyente por un fármaco (ejemplo: insulina, oxitocina, anestésico) • Utilizar la vacuna SPR después de las seis horas de haber sido preparada • El uso de más de 5ml de diluyente para reconstitución de la Vacuna 	<ul style="list-style-type: none"> • Efecto adverso del medicamento utilizado • Muerte • Poca efectividad de la vacuna
Tipo de error programático	Eventos generados
Lugar equivocado (ejemplo: Inyección en glúteo)	Reacción o absceso local Riesgo que no se absorba la vacuna Daño al nervio ciático
Transporte/almacenamiento incorrecto de vacunas: No cuidar la cadena de frío	<ul style="list-style-type: none"> • Vacunación ineficaz • No respuesta inmunológica
Omisión de las precauciones y contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Reacción grave

Aspectos técnicos y clínicos de los ESAVIs

Un Evento Supuestamente Atribuido a la Vacunación e Inmunización (ESAVI) es aquel que puede generar pérdida de confianza de la población en el programa o campañas de vacunación.

Cualquier situación o evento fortuito que ocurre en las personas inmediatamente o varios días después de ser vacunadas, frecuentemente son asociadas a la vacunación, porque coinciden en tiempo con la administración de una vacuna.

Clasificación de los ESAVIs:

- **ESAVI leve:** Eventos transitorios que se resuelven espontáneamente o con ayuda de algún medicamento.
- **ESAVI grave:** Evento que requiere investigación y tratamiento hospitalario que amenaza directamente la vida del paciente o causa la muerte. Estos siempre deben investigarse y notificarse inmediatamente.

Manejo e investigación de los ESAVI

- Todo ESAVI debe ser manejado en el nivel que corresponda. No olvidar la importancia de mantener una comunicación honesta y transparente con los padres.
- El MSPAS a través del Programa apoyará a las regiones sanitarias a la investigación y clasificación final de todo evento notificado, por lo cual, se requiere que el personal de salud del distrito y servicios de salud con apoyo director de la Dirección, investiguen y reporten oportunamente toda la información del evento.

Cada dirección regional, deberá reactivar o conformar el equipo o comisión para el monitoreo de los ESAVIs.

Todo ESAVI grave, debe ser investigado para responder a las siguientes preguntas:

1. ¿Es una enfermedad coincidente?
2. ¿Es un evento secundario a la vacuna?
3. ¿Es un evento causado por un error programático?

Los procedimientos para la investigación de ESAVI se describen en el “Manual de normas técnicas y procedimientos para el monitoreo de ESAVI” del programa PAI

Los ESAVIs deben ser notificados inmediatamente por medio del llenado completo y correcto de la Ficha de Notificación espontánea de sospecha de reacción adversa

En caso de producirse ESAVI graves, la comisión para el monitoreo de los ESAVI de las direcciones regionales deberán realizar la investigación respectiva en las primeras 24 horas de ocurrido el caso y el Programa PAI dará apoyo técnico y determinará la clasificación final del caso, difundiendo los resultados con los demás entes involucrados (Vice ministerio, Atención Primaria, Centro Nacional de Epidemiología y Programa de Inmunizaciones).

Todo ESAVI (leve o grave) debe notificarse inmediatamente al Programa Nacional de teléfono 021204728, correo electrónico paiparaguay@gmail.com, vigipai@hotmail.com

Manejo de crisis

Una crisis es toda situación que produce pérdida real o potencial de confianza en las vacunas o en el servicio de vacunación por parte de la población, precipitada por la información o rumor sobre un ESAVI.

Estas pueden reducirse al mínimo si se cumple con:

- a. Los lineamientos técnicos y operativos de la campaña
- b. Capacitación al 100% del personal involucrado
- c. Monitoreo sistemático de los ESAVI's.

En caso ocurra una situación de crisis, cada nivel de gestión deberá preparar una respuesta en base a un plan de crisis establecido con anticipación, el cual deberá ser socializado con los niveles locales antes del inicio de la campaña de vacunación.

El plan de crisis determina pautas de comportamiento y manejo ante una emergencia y establece los principios generales de la gestión de la crisis. Tanto en el nivel central como en las direcciones regionales, se deberá conformar equipos responsables de definir aspectos técnicos, jurídicos y comunicacionales de respuesta ante las crisis.

La respuesta oportuna ante una situación de crisis por la presencia de ESAVI, implica desarrollar:

- **Nombrar un vocero oficial en cada nivel**, como único responsable ante una situación de crisis, para brindar respuesta inmediata aclaratoria ante los medios de comunicación y público en general.
- **Notificación inmediata**, Informando al nivel superior correspondiente sobre el ESAVIS en las primeras 24 horas.
- **Realizar investigación en el campo** utilizando los formularios establecidos, la que estará a cargo el responsable de epidemiología de la dirección regional

5. Comunicación/movilización social

A nivel central como en las regiones sanitarias se debe conformar comités de comunicación y movilización social, a fin de garantizar el abordaje integral de las actividades; a continuación se describe los responsables de los procesos, según nivel de gestión:

- **Nivel central:** Conformado por Coordinador, Técnicos y Unidad de comunicación del ministerio
- **Región Sanitaria:** Conformado por Director, Responsable de comunicación y Vocero asignado por dirección

Objetivos

- Difundir información sobre la importancia de la vacunación contra el sarampión y la rubéola, así como el riesgo de importación en el país.
- Promover el pronunciamiento público en apoyo a la campaña por parte de líderes, grupos de opinión y otros organismos.

Aspectos importantes de la comunicación y movilización social a considerar

- Realizar comunicación y movilización social interna: implementar actividades de IEC orientados a motivar la participación del personal del MSP y BS, y a mantener un mensaje uniforme.
- Realizar comunicación y movilización social externa: Incluirá actividades de IEC a través de medios masivos y alternativos.
- Establecimiento del plan de divulgación y promoción de la campaña.
- Coordinar con medios de comunicación la promoción y divulgación de campaña.

- Definición de los contenidos y diseños de los diferentes materiales de promoción (radios, televisión, prensa escrita, etc.) en coordinación con el área técnica del PAI.
- Establecer coordinación con otras organizaciones e instituciones para la recepción de insumos para la producción de materiales de divulgación y promoción de la campaña.
- Coordinar y garantizar las conferencias de prensa de autoridades del nivel central.

Audiencias: Personal de salud, padres/madres, responsables/encargados de niñas/niños de 1 a 5 años de edad, sociedades científicas, periodistas y comunicadores de instituciones públicas y privadas, docentes y líderes locales (intendentes, iglesias, líderes etc.)

Todas las actividades de información, educación y comunicación a implementar deberán incluir:

Acciones de abogacía: Para esto se realizarán visitas de abogacía a representantes claves de la sociedad del sector público y privado para lograr apoyo a la campaña de vacunación. Los comités de comunicación y movilización social deberán realizar un mapeo de estas personas/instituciones.

Los resultados esperados de esta abogacía incluyen:

- Pronunciamento público en apoyo a la campaña por parte de líderes o grupos de opinión: a) comisión de salud del Congreso de la República, b) periodistas, c) asociaciones científicas, e) cooperación internacional, etc.

Financiamiento de pautas y mensajes en medios de comunicación masivos y alternativos.

Instalación de puestos móviles para la vacunación en centros de concentración o de alto tránsito de la población a vacunar.

Difusión masiva y alternativa

La difusión de spots de radio y televisión servirá para reforzar los mensajes priorizados en esta intervención. Esta difusión será complementada con la realización de entrevistas a voceros del MSP y BS y de la sociedad civil (Comité Técnico Asesor de Inmunizaciones) en los diferentes medios de comunicación nacional.

La difusión en medios alternativos como el perifoneo, altoparlantes en mercados, salas situacionales, colocación de afiches, entrega de volantes y otros permitirá difundir la vacunación en espacios estratégicos.

El uso de nuevas tecnologías también jugará un papel importante, en este sentido se utilizarán los siguientes recursos para informar a la audiencia y mantener el interés sobre la campaña de vacunación:

- **Envío de mensajitos** de texto a personal de salud, periodistas y líderes comunitarios para reforzar los mensajes priorizados e informar los avances de la campaña.
- **Envío de correos electrónicos** a periodistas y líderes comunitarios.
- **Envío de mensajes vía Twitter** a los mayores seguidores y personajes importantes del país
- Utilización de una página de Facebook de la campaña
- Página web del MSP y BS y PAI, para informar los avances de la campaña (cobertura semanal).

Acciones según audiencia

Personal de salud

Actividades	Logística
Capacitación y traslado de mensajes clave	Entrega de carpeta informativa durante la capacitación <ul style="list-style-type: none"> • Lineamientos técnicos y operativos • Guía preguntas más frecuentes • Envío de mensajes desde nivel central y regiones sanitarias al personal, a través de correos electrónicos y redes sociales

Periodistas

Actividades	Logística
Desayuno informativo, conferencia de prensa y constante y actualizada	Entrega de carpeta informativa, boletines informativos, difusión de información

Comunicadores de instituciones públicas y privadas, sociedades científicas, maestros de escuelas pre-primaria, líderes locales, cooperación internacional y sociedad civil

Actividades	Logística
Visitas de abogacía y coordinación	Entrega de carpeta informativa durante visitas de abogacía y coordinación

Padres, madres, responsables o encargados de niñas/niños de 1 a 5 años de edad

Actividades	Logística
<ul style="list-style-type: none"> • Producción y difusión de spots de radio, TV y medios alternativos • Puestos informativos en ferias y lugares públicos • Colocación de afiches en lugares estratégicos • Murales alusivos a la campaña en lugares estratégicos • Volantes en guarderías informando a los padres y solicitando notificación en caso de no estar de acuerdo con la vacunación • Banner publicitarias en Capital y principales carreteras del país. • Notas de prensa e infografías sobre los daños de la enfermedad y formas de transmisión • Publicación de mensajes en páginas web y redes sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel central entregará copia del logo, imagen y lema de la campaña, para su utilización de los materiales localmente producidos • Cada servicio de salud definirá plan de implementación de estas actividades

Los mensajes y materiales de comunicación y movilización social a utilizar, considerarán el respeto a los derechos, como la interculturalidad y género a fin de asegurar mayor aceptación de la campaña de vacunación y sobre todo la demanda espontánea de vacunación:

Lema: “Paraguay en acción, libre de rubeola y sarampión”



Mensajes claves

- Mantengamos la eliminación del sarampión y la rubéola en Paraguay
- Recuerda, la vacunación es gratuita y segura
- El sarampión y la rubéola ocasionan daños serios a la salud de las niñas y los niños.
- Todos los niños de 1 a 5 años deben vacunarse contra el sarampión y la rubéola.
- La campaña de vacunación se desarrollara del 23 de abril al 5 de mayo de 2014

Los materiales de comunicación y movilización social a utilizar incluyen:

Materiales	Uso y ubicación
Carpeta de abogacía	Se entregará a líderes políticos, científicos, religiosos, comunitarios, medios de comunicación, etc.
Afiches	Promoción en lugares estratégicos (supermercados, mercados, parques, iglesias, guarderías, establecimientos de salud)
Volantes	Nota de padres indicando la no vacunación de sus hijos en guarderías o escuelas preprimaria
Calcomanías	Para registro de dosis en carné
Trifoliales	Principales preguntas sobre sarampión, rubéola y la vacunación

Cronograma de las principales actividades de comunicación y movilización social

El cronograma contempla la implementación de diferentes actividades orientadas a apoyar seis momentos de la campaña de vacunación:

- Expectativa
- Lanzamiento
- Ejecución y Mantenimiento
- Re-lanzamiento
- Última oportunidad
- Cierre de campaña

Fecha	Actividad
Expectativa (fecha)	Actividad para preparar y llamar la atención de las audiencias, en las que se sugiera que próximamente se realizará un importante evento de beneficio para la población.
Lanzamiento (fecha)	Se realizará el lanzamiento nacional, coordinado por la Unidad de Comunicación Social en la confederación sudamericana de futbol Simultáneamente se realizara en todos los distritos de salud y a nivel local, involucrando a las autoridades nacionales y locales, cooperación internacional y gobiernos amigos. Se hará énfasis en la difusión en los medios de comunicación como estrategia para incluir el tema en agenda pública..
Mantenimiento (fecha)	Uso permanente de espacios y medios de comunicación, notas de prensa y presencia de medios masivos que difundan el mensaje de campaña.
Relanzamiento (fecha)	Consiste en realizar una actividad masiva de comunicación y movilización orientada a refrescar el mensaje sobre la campaña y mantener en la agenda pública. Se realizará a la mitad del periodo que dure la campaña, será organizada y coordinada por PAI nacional y departamental
Ultima Oportunidad	Consiste en realizar una actividad masiva orientada a promover la

	vacunación de niños que aun estén pendientes, puede incluir, conciertos musicales, ferias, piñatas, etc. Cada dirección regional deberá organizar y coordinar el evento en los municipios que no hayan alcanzado la meta.
Cierre de campaña (fecha)	Se realizará conferencia de prensa y difusión en medios masivos para dar a conocer los logros de la vacunación, felicitar a los trabajadores de salud por la labor realizada y ratificar el compromiso del MSP y BS de mantener la eliminación del sarampión y la rubéola.

RECUERDE:

Los comités de comunicación y movilización social deberán documentar (fotografías, videos, materiales) las acciones realizadas a fin de disponer de mayores evidencias para el proceso de certificación de la eliminación.

6. Logística y cadena de frío

Para asegurar la implementación exitosa de la campaña se requiere la organización y coordinación de todos los procesos necesarios para el abastecimiento suficiente y oportuno de las vacunas e insumos, en toda la red de servicios de salud.

Se requiere:

- Estimación de los requerimientos generales de vacunas e insumos necesarios para la campaña, asegurando la dotación oportuna y apropiada
- Establecimiento del plan de suministros y aseguramiento del abastecimiento de vacunas e insumos en cada uno de los niveles administrativos, (infraestructura, logísticos, financieros y humanos)
- Funcionamiento de la red de frío, capacidad de almacenamiento, conservación, transporte y mantenimiento

Materiales e insumos de vacunación

- Vacuna SPR en frasco de mono dosis con su respectivo diluyente
- Jeringa 25G x 5/8" x 0.5cc (para administración de la vacuna)
- Jeringa 22G x 1/4" x 1cc (para dilución)
- Vacuna OPV frasco de 20 dosis
- Agua y jabón o alcohol en gel para el lavado de manos
- Termos para transporte de vacunas y paquetes fríos (4 paquetes fríos por termo)
- Torundas secas de algodón

Instrumentos de registro:

- Libreta de la niña y el niño
- Formularios (registro y consolidados) de Campaña SPR-OPV 2014
- Stiquer para registrar dosis de la campaña en la libreta
- Lápiz y bolígrafo

Materiales para los desechos

- Cajas de bioseguridad (para descarte de jeringas)
- Bolsas blancas (frascos vacíos de vacunas y diluyentes, capucha de jeringas,
- Bolsas rojas (desechos infecciosos, algodón que contenga sangre
- Bolsas negras (basura común o papelería, empaque de la jeringa)

Vacunas: Tripe viral SPR (sarampión, paperas y rubéola) y OPV (poliomielitis)

Distribución de vacunas e insumos a las DAS

- El Centro Nacional de Biológicos, distribuirá a cada región sanitaria las vacunas, jeringas y cajas de bioseguridad de la campaña SPR –OPV 2014, de acuerdo al cronograma.
- El PAI como ente responsable de la vacunación garantiza una buena distribución de las vacunas mediante los Vehículos refrigerados que se encargarán exclusivamente de la distribución de las vacunas a los centros de distribución zonal.
- La cantidad de insumos a entregarse estimó en base al registro de la población de estadística y censo y la micro – planificación
- Las regiones sanitarias y distritos, deberán asegurar la distribución y transporte de las vacunas e insumos a toda la red de servicios de salud, para garantizar el abastecimiento suficiente, oportuno y permanente mientras dure la campaña de vacunación.
- Para tal efecto, se han establecido centros de distribución zonal a cinco Regiones sanitarias que a su vez distribuirán a otras regiones del área para la provisión continua de biológicos a su cargo, tal y como se detalla a continuación:

ZONAS Región Distribuidora Regiones

Dependientes

- ZONA 1 CONCEPCIÓN, AMAMBAY, ALTO PARAGUAY
- ZONA 2 SAN PEDRO SUR, SAN PEDRO NORTE
- ZONA 3 CAAGUAZU, GUAIRA, CAAZAPA
- ZONA 4 ALTO PARANA, CANINDEYU
- ZONA 5 MISIONES, ITAPUA, ÑEEMBUCU

NIVEL CENTRAL

- Cámara Frigorífica
- Central (PAI Central) CORDILLERA, PARAGUARI, CENTRAL, PTE. HAYES BOQUERON, ASUNCIÓN.

La Distribución de los Biológicos se realizará de acuerdo a la programación preestablecida presentada por las mismas regiones sanitarias en **2 dos tandas o viajes**, definiéndose en cada viaje la cantidad de biológicos a distribuir en forma escalonada, salvo las **ZONAS 1 Y ZONAS 2** que recibirán en **1 una sola vez el 100%** de las necesidades de biológicos e insumos para la campaña. Y las **ZONAS, 3, 4,5 y 6** en la siguiente proporción:

- En el 1er viaje el 40 % de las necesidades totales
- En el 2do viaje el 30 % de las necesidades totales
- En el 3er viaje el 20 % de las necesidades totales y,
- En el 4to viaje el 10 % necesidades restantes

7. Capacitación

El proceso capacitación es vital para asegurar la aprendizaje de todo el personal o participante en la campaña para que conozca y cumpla todos los procesos a desarrollar para el logro de los objetivos y metas.

Para organizar e implementar el proceso de capacitación se desarrollará el plan nacional, regional y local de los equipos de salud el que incluye calendario, objetivos, contenidos, metodología, logístico y presupuesto.

Con el objetivo de estandarizar los conocimientos obtenidos del nivel central sobre todos los componentes de la campaña, los equipos regionales realizarán talleres participativos de capacitación dirigidos a:

- a. Los equipos locales de todos los distritos distribuidos según ubicación geográfica y organización de supervisión.
- b. Los equipos coordinadores de la campaña del IPS en los niveles Regionales.
- c. Los vacunadores alternativos ofrecidos por las Universidades y o Institutos de formación técnica en salud.

La secuencia a seguir en la capacitación debe ser el proceso administrativo que involucra a cada uno de los componentes que deben desarrollarse en la campaña; como ejemplo se relacionan algunos de los componentes básicos:

Elementos claves para el éxito de la campaña que se debe desarrollar

1. Planificación
2. Coordinación sectorial e intersectorial
3. Micro –planificación
4. Vacunación segura
5. Comunicación y Movilización social
6. Logística y Cadena de frío
7. Capacitación
8. Sistema de Información
9. Supervisión
10. Monitoreo y evaluación

Cronograma de Capacitación

- **Febrero:** capacitación a los responsables regionales directores y jefes PAI sobre los lineamientos de la campaña
- **Febrero - marzo:** capacitación y elaboración de micro planificación y verificación por departamentos y servicios de salud con el acompañamiento técnico de los supervisores nacionales
- **Marzo:** capacitación por ejes programático por departamentos a los responsables de cada servicio de salud , vacunadores, registradores y otros sobre los lineamientos técnicos y operativos de la campaña

8. Sistema de Información

Definición

Componente esencial de las actividades de vacunación, el sistema de información, permite monitorear el avance de las metas y programar actividades complementarias de acuerdo a las debilidades identificadas.

Objetivo

- Recolectar información confiable y oportuna para el análisis y toma de decisiones en todos los niveles

- Garantizar una alta calidad del dato, el correcto registro y reporte de las dosis aplicadas de SPR y OPV durante la Campaña Nacional de seguimiento para el mantenimiento de la eliminación del Sarampión y la Rubeola a población de 1 a 5 años

Instrumentos que serán utilizados durante la campaña

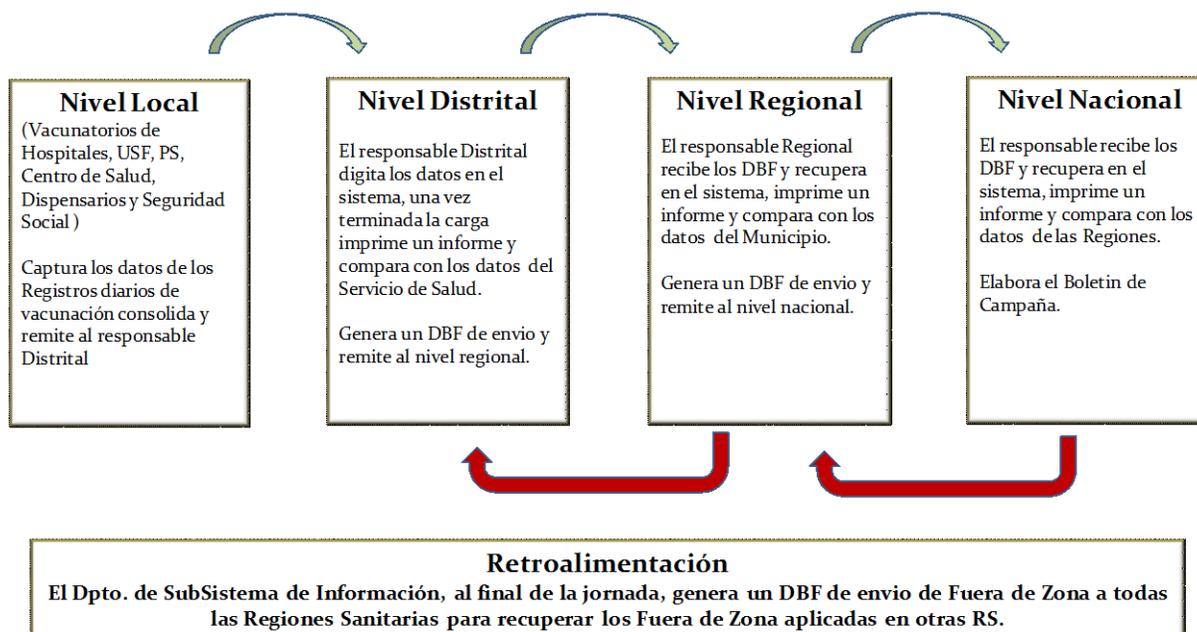
- Registro Diario de Vacunación del PR de Menor de 1 año y 1 año con Campaña (de Zona y Fuera de Zona)
- Registro Diario de Vacunación del PR de 2 a 5 años con Campaña (de Zona y Fuera de Zona)
- Consolidado de Vacunación SPR y OPV de 1 a 5 años de Campaña (de Zona y Fuera de Zona)
- Consolidado de Vacunación del PR en Menores de 5 años (de Zona y Fuera de Zona) 4
- Libreta de Salud del Niños/as
- Tarjetero Índice (Registro obligatorio del esquema Regular)
- Software PAIVISUAL/Programa Regular
- Software PAIVISUAL/Campaña
- Software auxiliar Excel (Reportes y Boletines)
- Sala de Situación (Monitoreo de vacunación diario por localidad, vacunómetro)

Especificaciones de los formularios

Actividades	Tipo de Registro
Registro diario de vacunación	<ul style="list-style-type: none"> • Registro del programa Regular con campaña de zona y fuera de zona (hasta 5 años)
Consolidado de vacunación DIARIO	<ul style="list-style-type: none"> • Formulario de consolidado de la Campaña con SPR y OPV zona y fuera de zona
Consolidado de vacunación SEMANAL	<ul style="list-style-type: none"> • Formulario de consolidado de del Programa Regular zona y fuera de zona
Libreta de Salud del Niños/as	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar la fecha de la dosis de aplicación de la vacuna SPR y OPV en la Libreta del Niño/a, con el sticker de campaña • En el caso que el niño/a no presente su libreta de vacunación por extravío, se le proveerá un carnet de vacunación diseñado para la campaña (se estima que el 70% de la población cuenta con la libreta de la vacunación)
Tarjetero Índice (Registro obligatorio del esquema Regular)	<ul style="list-style-type: none"> • El Tarjetero Índice debe estar ordenado por mes según la dosis que corresponda, registrar las dosis correspondientes al Esquema Regular
Sistema informático de Reporte	<ol style="list-style-type: none"> PAIVISUAL/Programa Regular Software diseñado y utilizado para el reporte desde los Establecimientos de Salud de los datos de vacunación del Programa Regular en forma semanal. PAIVISUAL/Campaña Software diseñado y que será utilizado en el marco de la presente campaña a fin de garantizar una alta confiabilidad en la calidad de la información.
Sala de Situación	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo diario de vacunación por Localidad por servicios de salud <ol style="list-style-type: none"> Se diseñara una base de datos en la planilla Excel según la micro planificación de cada servicio de salud, con el fin de

	<p>realizar el monitoreo de vacunados por cada localidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuno metro, registrar el avance de vacunados del servicio de salud, de distrito y a nivel regional según sea el nivel a que corresponde
--	--

Flujo de Información



Horario de Reporte

Nivel	Horario de reporte	Nivel de dependencia
Servicios de salud (puesto de salud, centro de salud, USF)	17:00 hs. al finalizar la jornada del día	Servicio cabecera (distrito)
Distrito cabecera	Hasta las 09:00am	Región Sanitaria
Región Sanitaria	11:00 hs.	Dpto. de Sub Sistema de Información del PAI Nacional
Dpto. de Sub Sistema de Información del PAI Nacional	13:00 hs.	Dirección del PAI
Dirección del PAI	14:00hs.	Publicación de la información a los diferentes niveles del MSP y BS , prensa

Formulario 4: Consolidado de Programa Regular

PROGRAMA REGULAR DE VACUNACIÓN
FORMULARIO PAI 3 - HOJA 1

Consolidado de Vacunación Menores de 5 años

Departamento:..... Municipio:..... Servicio de Salud:..... Fecha:..... Institucional Zona Urbano
Semana N°:..... Rural
Extramural Fuera de zona Com. Indígena

N°	Municipio/ Localidad / Servicio de Salud	Menores de 1 Año												1 Año																			
		Sex	BCG			OPV			PENTA			ROTAVIRUS			PCV 10			BCG			OPV			PENTA			DPT		CV 1	SPR	VVZ	VHA	AA
		Ud	1d.	2d.	3d.	1d.	2d.	3d.	1d.	2d.	3d.	1d.	2d.	3d.	1d.	2d.	3d.	1d.	2d.	3d.	1d.	2d.	3d.	1d.	2d.	3d.	R.	R.	1d.	Ud	Ud	AA	
1	Masc.																																
	Fem.																																
	Total																																
2	Masc.																																
	Fem.																																
	Total																																
3	Masc.																																
	Total Masculino																																
	Total Femenino																																
Total General																																	

N°	Localidad / Servicio de Salud/ Municipio	2 Años												3 Años												4 Años												
		Sexo	BCG			OPV			PENTA			DPT	SPR	AA	BCG			OPV			PENTA			DPT	SPR	AA	BCG			OPV			PENTA			DPT	SPR	AA
		Ud	1d.	2d.	3d.	R.	1d.	2d.	3d.	R.	Ud	Ud	Ud	1d.	2d.	3d.	R.	Ud	Ud	Ud	1d.	2d.	3d.	1R.	2R.	1d.	2d.	3d.	1R.	2R.	1d.	R.	Ud	Ud	Ud			
1	Masc.																																					
	Fem.																																					
	Total																																					
2	Masc.																																					
	Fem.																																					
	Total																																					
3	Masc.																																					
	Total Masculino																																					
	Total Femenino																																					
Total General																																						

- Consolidar la información según edades simples y biológico del programa regular
- Ingresar al sistema PAI Visual en forma semanal

Otros Registros

Libreta de Salud del Niños/as



Certificado de vacunación de la campaña en caso extravío de la libreta de vacunación

Fecha de aplicación de las vacunas de la Campaña: _____

Nombre y Apellido del niño/a: _____

Cédula de identidad del niño/a: _____

Recibió SPR: _____ Lote de la Vacuna _____

Recibió OPV _____ Lote de la Vacuna _____

Nombre del/a Vacunador/a: _____



Stickers para la libreta de vacunación

- Todos los niños vacunados durante la campaña, se deberá colocar el stickers en la libreta del niño/niña, en caso de pérdida de la libreta se deberá proveer el certificado de vacunación con el stickers correspondiente de la campaña

Tarjeta Índice de Vacunación

TARJETA ÍNDICE DE VACUNACIÓN				PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PARAGUAY			
Vacuna	Dosis	Fecha	Lote	Vacuna	Dosis	Fecha	Lote
BCG	Única			VARICELA	Única		
HB				HEPATITISA			
ROTAVIRUS				OPV	1er Refuerzo		
OPV	1ra Dosis			DPT			
PENTAVALENTE				AA	Única		
NEUMOCOCCO				OPV	2da Refuerzo		
ROTAVIRUS				DPT			
OPV	2da Dosis			SPR	Refuerzo		
PENTAVALENTE					1ra Dosis		
NEUMOCOCCO					2da Dosis		
OPV	3ra Dosis			INFLUENZA	Refuerzo		
PENTAVALENTE					Refuerzo		
SPR	Única			CAMPANAS			
NEUMOCOCCO	Refuerzo						

PERSONAL DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PARAGUAY

C.I. 1-Si 2-No Si es sí, N° _____ Si es no/desconocido, Código _____ Registro de Nacimiento 1-Si 2-No 99-Desconocido

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____ Tercer nombre: _____

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____

Fecha de Nac.: ____ / ____ / ____ Sexo: M F Nacionalidad: _____

Nombre y Apellido de la Madre: _____ C. I. N° _____

Nombre y Apellido del Padre o Resp.: _____ C. I. N° _____

Domicilio: (Registrar datos completos del domicilio donde duerme o reside habitualmente la persona)

Departamento: _____ Municipio: _____ Barrio o C/ta: _____

Dirección: _____

Ref. para ubicar el domicilio: _____

Tel. de contacto: _____ / _____ Localidad 1-Urbano 2-Rural 3-Com. indígena 4-Indígena Etnia _____

Alergia o contraindicación 1-Si 2-No 99-Desconocido Si es sí, especifique: Vacunas 1-Si 2-No 99-Desconocido Otros 1-Si 2-No 99-Desconocido

Medicamentos 1-Si 2-No 99-Desconocido

Estado nutricional 1-Adecuado 2-Desnut. 3-Riesgo 4-Desconocido Si en riesgo o desnutrido: Incluido en el PANI 1-Si 2-No 3-Desnut. 4-Sin lactancia materna 1-Estructura 2-Completar 3-No aplica 4-Sin lactancia 5-No aplica 6-Sin lactancia

Seguro médico 1-Si 2-No 99-Desconocido Si es sí, marque según corresponda: IPS Privado Otro

- Se deberá registrar todas las dosis aplicadas del programa regular según edad y dosis aplicadas
- Las dosis de campaña NO se registrará en la tarjeta índice

Sala de situación de la campaña

*Lugar donde se recibe, sistematiza, procesa y representa de forma gráfica la información de la campaña de vacunación

*Es una estrategia primordial para ejecutar durante la campaña de vacunación

Ubicación de la sala situacional

1. Oficina del director regional
2. Oficina del PAI

Objetivo:

*Brindar información ordenada, analizada y sintetizada para la toma de decisiones

Datos que debe registrarse en la sala situación, según cada nivel de organización

Nivel Operativo (servicios de salud por localidades)	Nivel Distrital (por servicios de salud)	Nivel Regional (por municipios)
<ul style="list-style-type: none"> • Lema y logo de la campaña en la parte superior N° de escuelas con educación inicial por distrito • N° de guarderías por distrito • N° de recursos humanos disponibles en el servicio de salud para: vacunación, MRV y Supervisión • Distancia entre el servicio de salud y las localidades • Mapa del servicio salud con sus localidades • Monitoreo del avance de las coberturas por localidades • Cronograma diario de vacunación por localidades • Uso del vacuno-metro para el avance de vacunados según población Micro – planificación y población estadística y censo • N° de MRV programadas y realizadas por localidad • Micro planificación del servicio de salud • N° de recursos humanos alternativos captados por el servicio de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Lema y logo de la campaña en la parte superior • Conformación de los comités locales • Lista de servicios de salud con población meta micro planificación y estadística y censo • N° de escuelas con educación inicial y guarderías por servicios de salud • N° de recursos humanos disponibles por distrito: vacunación, MRV, Supervisión • Distancia entre el distrito y los servicios de salud • Mapa del municipio con sus servicios de salud • Mapa de cobertura de avance de la campaña por servicios de salud • Monitoreo del avance de las coberturas por Servicio de salud (micro planificación y población de estadística y censo) • Cronograma diario de vacunación por servicios de salud • Uso del vacuno-metro para el avance de vacunados según población Micro – planificación y población estadística y censo por servicios de salud • N° de MRV programadas y realizadas por el servicio de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Lema y logo de la campaña en la parte superior • Conformación del comité regional • N° de distritos con población meta micro planificación y estadística y censo • N° de recursos humanos disponibles por distrito y región: vacunación, MRV, Supervisión • Distancia entre la región, distritos y los servicios de salud • Mapa del departamento con ubicación de los municipios con sus servicios de salud • Mapa de cobertura de avance de la campaña por municipio • Monitoreo del avance de las coberturas por municipio (micro planificación y población de estadística y censo) • Cronograma de actividades programadas para la campaña • Uso del vacuno-metro para el avance de vacunados según población Micro – planificación y población estadística y censo por municipios • N° de MRV programadas y realizadas por cada distrito

Vacunómetros



9. Supervisión

La supervisión es una estrategia instituida en el PAI para acompañar a los equipos en todos los niveles, a fin de garantizar el seguimiento de las actividades, la capacitación permanente del recurso humano y ayudar en la solución de problemas locales.

En la campaña, esta estrategia es considerada prioritaria lo cual contribuirá en gran parte al éxito de la misma, desde la planificación hasta la evaluación. El PAI cuenta con un equipo de supervisores nacionales que se mantienen actualizados en todos los componentes del programa regular.

La supervisión como proceso gerencial para seguimiento, o verificación, capacitación y solución de problemas locales, contribuirá al éxito de la campaña. Para realizar esta función se contará con Supervisores locales, distritales, regionales y nacionales, facilitando la comunicación y coordinación entre todos los niveles.

El Supervisor local es el responsable directo de que todas las viviendas sean visitadas y las personas vacunadas dentro del área asignada, ejecutando sus actividades en tres etapas:

Funciones del supervisor local

Antes de salir al campo:

- Verificar que todos los vacunadores como registradores hayan sido capacitados debidamente
- Visitar y reconocer su área a supervisar y preparar el plan de supervisión.
- Disponer del croquis debidamente delimitado en base a la táctica de vacunación y asignar las brigadas.

- Facilitar al vacunador la provisión de insumos, verificar la calidad del trabajo y el cumplimiento de los horarios.
- Asegurar que cada Brigada conozca bien los límites del sector, y que cuente con todos los biológicos e insumos según la micro planificación
- Coordinar con las Autoridades de la Comunidad sobre día y hora de la vacunación.

Durante la campaña:

- Permanecer todo el tiempo con sus brigadas recorriendo los sectores asignados, identificando viviendas no visitadas o personas no vacunadas para decidir la continuidad de una brigada en la zona.
- Portar un termo con biológicos y otros insumos para vacunar a los renuentes y proveer de biológicos e insumos a sus vacunadores.
- Supervisar el proceso de vacunación.
- Sombrear en el mapa o croquis los sectores vacunados con distintas tácticas. Monitorear el avance de vacunación con el instrumento diseñado.
- Realizar MRV una vez finalizada la vacunación en el área asignada
- Garantizar que durante la campaña el vacunador visite nuevamente todas las viviendas no visitadas, cerradas o con renuentes.
- Supervisar la calidad del registro de vacunados y consolidar la información de las brigadas y su posterior envío al Coordinador del Área.
- Actualizar diariamente la sala situacional de los datos de vacunados por cada localidad utilizando el formulario designado para la actividad

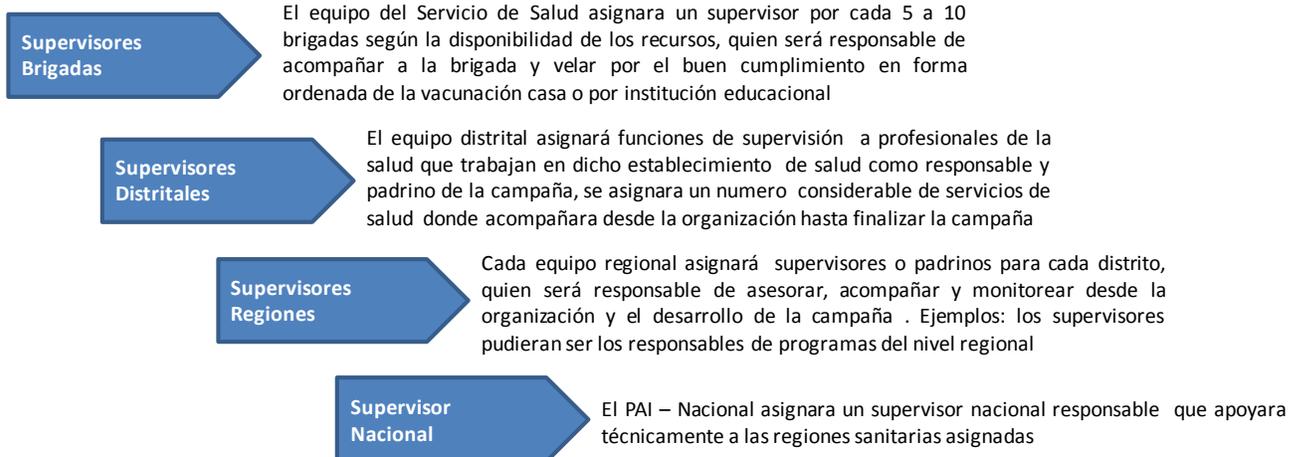
Al final de la Campaña:

- Completar los MRV según programación y definir actividades en base a resultados.
- Conformar brigadas para volver a visitar las viviendas cerradas o con renuentes y vacunarlos.
- Compartir resultados y decisiones con el Coordinador o Jefe distrital o regional.

Otros Componentes a considerar

- Realizar diariamente monitoreo de oportunidades perdidas institucional
- Realizar monitoreo de calidad de trabajo de las brigadas de vacunación
- Diseñar un instrumento de supervisión de la campaña por componentes
- Supervisar el almacenamiento adecuado de los biológicos y el manejo adecuado, Inactivación desechos y eliminación final de los biológicos
- Conformar equipos de trabajo para:
 - Monitoreos cruzados entre distritos y regiones para la certificación de la campaña

Organización de las supervisiones según nivel de dependencia



El ordenamiento de la vacunación y éxito de la campaña de alcanzar la meta depende de una buena organización y capacitación de supervisores en todos los niveles

Anexo 3: Guía de supervisión para la fase de organización y ejecución de la campaña

10. Monitoreo y evaluación

Monitoreo de coberturas de vacunación

El monitoreo de coberturas incluye el análisis del avance en el logro de coberturas administrativas: Debe ser realizado a través de:

- Monitoreo del avance de las coberturas alcanzadas según la población de la micro planificación y de estadísticas y censos
- Conocimiento de las localidades que ya han sido cubiertas por las brigadas de vacunación, a través de los croquis o mapas.
- El Monitoreo rápido de Vacunados (MRV) es un componente esencial para identificar no vacunados, identificar aspectos que se requiere reforzar para lograr el 100% de cobertura y verificar las coberturas alcanzadas

Monitoreo Rápido de Vacunados

El MRV se realizará cuando en un servicio de salud se concluyeron las actividades programadas para la Campaña. Con el propósito de verificar los resultados y tomar las medidas correctivas, en caso necesario.

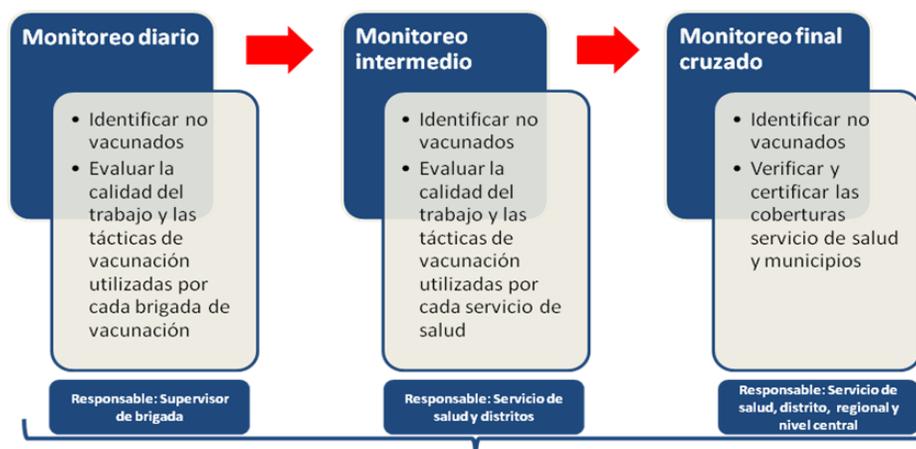
Objetivo: Verificar, a través de monitoreos, el estado vacunal con SPR / OPV de la población de niñas y niños de 1 a 5 años de edad, vacunada durante la campaña nacional de vacunación para el mantenimiento de la eliminación de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita

Objetivo Especifico

- Identificar niñas y niños de 1 a 5 años de edad no vacunados
- Evaluar la calidad del trabajo de las brigadas y servicios de salud
- Supervisar la efectividad de las tácticas de vacunación utilizadas
- Identificar los servicios de salud con coberturas de vacunación $\leq 95\%$

- Garantizar que las coberturas de vacunación sean homogéneas en todos los servicios de salud y municipios del país

Tipos de monitoreos de vacunados - MRV



Poner en marcha actividades inmediatas de vacunación en donde el monitoreo de vacunados establezca que está por debajo de la cobertura recomendada para garantizar un alto grado de inmunidad ($\geq 95\%$)

Monitoreo diario: Lo realiza el supervisor de brigadas al finalizar el día, monitoreando el sector o localidades cubiertas por las brigadas de vacunación.

Tiene por objetivos: 1) identificar a los no vacunados; 2) evaluar la calidad del trabajo de las brigadas de vacunación; y 3) evaluar la efectividad de las tácticas de vacunación utilizadas por cada brigada.

Monitoreo intermedio: Lo realiza el servicio de salud o el distrito cuando: 1) se ha finalizado el plan de trabajo diario según la micro-planificación; 2) el análisis comparativo de los vacunados por localidades versus los programados muestra que se han alcanzado coberturas $\geq 95\%$; y 3) al realizar los monitoreos diarios no se han encontrado más niñas/niños que vacunar.

Tiene por objetivos: 1) identificar a los no vacunados; 2) evaluar la calidad del trabajo de las brigadas de vacunación; y 3) evaluar la efectividad de las tácticas de vacunación utilizadas por el servicio de salud.

Monitoreo final: Lo realiza el servicio, equipo regional o el nivel central para verificar que la cobertura alcanzada por el servicio de salud es $\geq 95\%$.

Tiene representatividad a nivel de servicio/ jurisdicciones y municipios, por lo que permite certificar las coberturas de vacunación

Observación: Se seleccionaran algunas regiones sanitarias para realizar un modelo de MRV con la utilización de herramientas informativas y nuevas tecnologías

Metodología de los monitoreos intermedios y finales

- **Número de monitoreos:** A partir de un muestreo ajustado al tamaño de la población de 1 a 5 años de edad, se ha determinado el número de monitoreos a realizar por cada servicio de salud (ver cuadro más abajo)
- **Número de niñas/ niños por monitoreo:** Cada monitoreo consiste en la evaluación de forma aleatoria del estado vacunal (SPR de campaña) de 20 niñas/niños de 1 a 5 años de edad.
- **Niña/niño elegible:** todas las niñas y niños de 1 a 5 años de edad que vivan* en las casas seleccionados.

- **Casa efectiva para el monitoreo:** toda vivienda en donde se cumplan los siguientes 2 criterios: 1) habitan niñas/niños de 1 a 5 años de edad; 2) están presentes los padres/responsables que puedan brindar información.

Nota: se considerara residente aquel que ha vivido en la localidad de forma continua desde el mes de abril hasta el momento de la realización del monitoreo

Criterios de inclusión y exclusión:

Inclusión:

- Población de 1 a 5 años, que residan en la localidad y que al momento de la visita pueda confirmar con libreta u otro comprobante de vacunación que fue vacunado o no.
- Los que residen en la casa que no están presentes durante el monitoreo, pero han dejado el comprobante de vacunación con el informante.

Exclusión:

- Población fuera del rango de edad
- Población que se encuentran de visita, vacaciones o de paso en la casa monitoreada y que no residen en la localidad seleccionada
- Personas con enfermedades graves que esta contra indicada la vacunación con SRP (inmunodeprimidos) o tratamiento con corticosteroides prolongados (tres meses mínimo)
- Niños menores de 5 años sin informantes en la vivienda que pueda aportar la información

Medio de verificación del estado vacunal:

- ✓ Libreta de vacunación emitido por el MSP y BS, sector privado con el stickers o registro de la fecha
- ✓ Certificado de vacunación de la campaña en caso de extravío de la libreta de vacunación
- ✓ Registro nominal de vacunados durante la campaña

Niña/niño vacunado: toda niña/niño que recibió una dosis de SPR durante la campaña nacional de vacunación, lo cual pueda verificarse a través de la libreta de vacunación o registro nominal.

METODOLOGIA DEL MRV

Paso 1: Selección del numero de MRV que corresponde para cada servicios de salud

Numero de monitoreos y población a monitorear por servicios de salud en base al tamaño de población de 1 a 5 años de edad definida en el micro-plan

Tamaño de la población de 1 a 5 años de edad cubierta por el servicio de salud*	Numero de monitoreos a realizar por servicio de salud	Numero de niñas/niños a monitorear	Total de población a monitorear
> 100,000	300	20	6,000
50,000 – 100,000	113	20	2,250
10,000 – 49,999	60	20	1,200
5,000 – 9,999	20	20	400
2,000 – 4,999	14	20	280
1,000 – 1,999	10	20	195
500 – 999	6	20	120
250 – 499	5	20	94
< 250	4	20	75

Fuente: modelo de MRV ejecutado en campañas de seguimiento en la región de las Américas

Identifique la población programada para vacunar de 1 a 5 años de su servicio de salud, para conocer cuántos MRV debe realizar según su población de responsabilidad

Ejemplo, si la micro-planificación realizada dice que cuenta con 680 niños de 1 a 5 años para vacunar en 30 localidades, ahora ver la tabla (arriba) en la primera columna la población programada, lo que corresponde a seis (6) monitoreos que debe ejecutar en el servicio de salud, cada MRV es de 20 niños, lo que corresponde buscar en total 120 niños/niñas

Una vez establecido el número de MRV que debe realizar por servicio de salud, proceda a:

Paso 2: Selección al azar de

- localidades donde ejecutara los MRV según corresponde
- el punto de inicio del MRV de la localidad,
- la primera casa y las casas sub- siguientes y por último
- seleccione al azar al niños por cada casa en caso que habiten más de uno

1. Selección de localidades:

- Enumerar todas las localidades bajo el área de responsabilidad del servicio de salud o jurisdicción
- Determinar el número de monitoreos y población a monitorear por cada servicio de salud
- Realizar la selección al azar de las localidades a monitorear utilizando una tabla aleatoria en Microsoft Excel

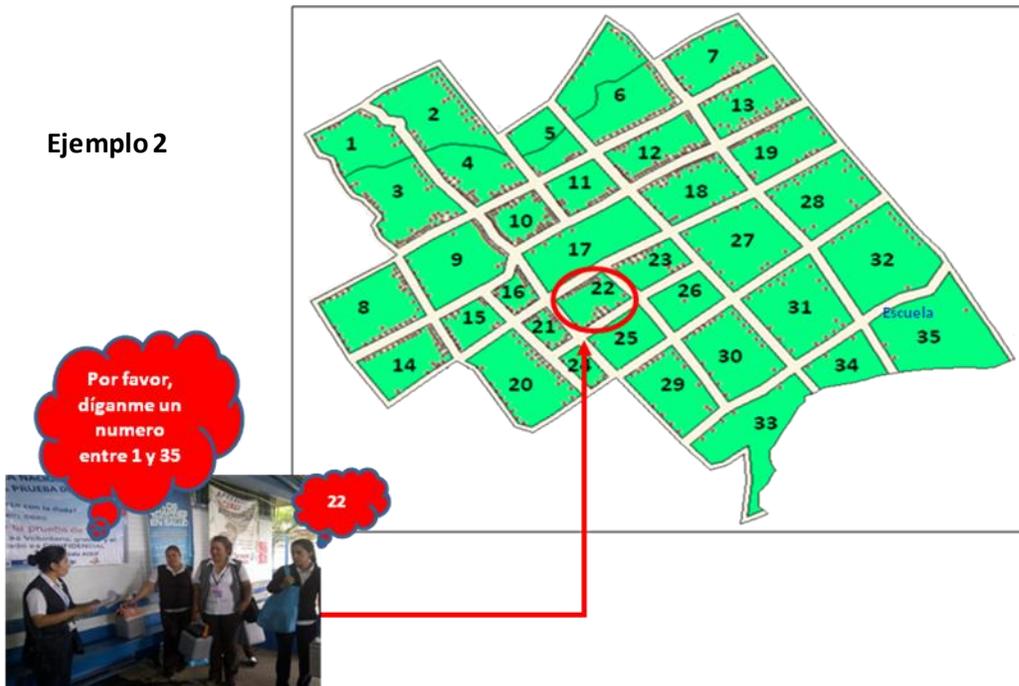
2. Selección del punto de inicio

- Si en la localidad, las viviendas se encuentran numeradas, a partir del número de viviendas se seleccionara una al azar solicitando a unos de los acompañantes que mencione un numero al azar de acuerdo al número de viviendas
- Si en el sector seleccionado las manzanas se encuentran numeradas, a partir del numero de manzanas se seleccionara una al azar siempre solicitando a unos de los acompañantes que mencione un numero al azar de acuerdo al número de manzanas
- Si se trata de una zona sin manzanas ni viviendas numeradas, con un lápiz dividir y enumerar el sector en cuadrantes de igual tamaño, y seleccionar un cuadrante al azar siempre solicitando a unos de los acompañantes que mencione un numero al azar de acuerdo al número de cuadros

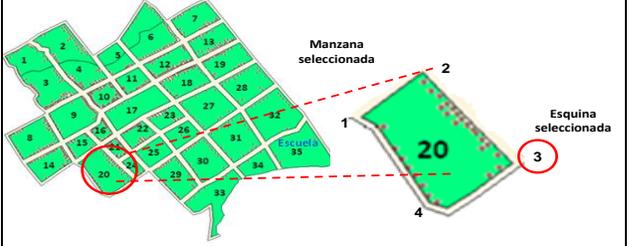
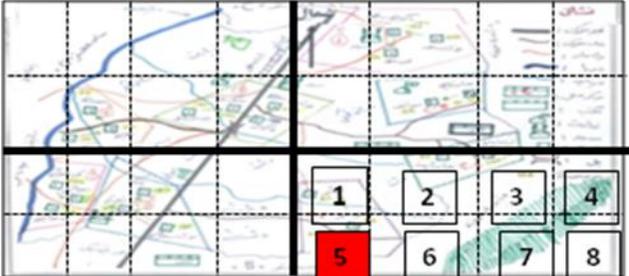
Ejemplo 1



Ejemplo 2



3. Selección de la primera casa a monitorear

Situaciones encontradas	Mapas
En localidades con casas numeradas, la primera casa a monitorear será la casa que fue seleccionada al azar.	
En localidades en las que se ha seleccionado una manzana, se enumerara las esquinas y se seleccionara al azar una esquina en donde se iniciara el monitoreo, la casa ubicada en la esquina seleccionada será la primera casa a monitorear	
En las localidades cuyo croquis no muestre manzanas ni viviendas, en el cuadrante seleccionado al azar se enumeraran las casas y se seleccionara al azar la primera casa a monitorear.	

4. Selección de casas sub-siguientes

- Salir de la primera casa seleccionada, girar a la derecha



- Dejar una casa sin visitar y pasar a la siguiente casa (una casa de por medio)

Casa no efectiva: no habitan niños de 1 a 5 años de edad.
Seleccione la casa siguiente

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19

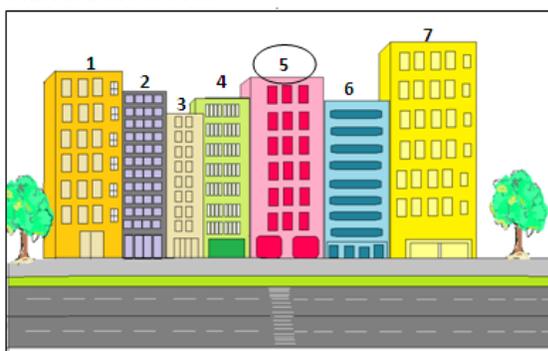


Posibles situaciones durante la selección de las casas

Situaciones encontradas	Procedimientos a seguir
La casa seleccionada es una iglesia, escuela, u oficina	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No se hace el MRV. ✓ Se pasa a la casa siguiente a la derecha sin dejar intervalo
La casa seleccionada está vacía o desocupada	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proceder a la siguiente casa sin dejar ninguna casa de por medio
En la casa no hay adultos que puedan contestar	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proceder a la siguiente casa sin dejar ningún intervalo
No hay ninguna casa a la derecha al salir de la casa monitoreada	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Continuar hacia la derecha hasta encontrar una casa efectiva para el monitoreo ✓ Si se completa el sector y aún no hay casas, continuar en el sector vecino siempre de las misma localidad
Al salir se encuentra una barrera física a la derecha que impide seguir	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Girar a la derecha hasta encontrar una casa efectiva
Al continuar hacia la derecha se encuentra en un área ya monitoreada	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Continuar en el sector/manzana siguiente siempre de la misma localidad para continuar el muestreo
Se encuentra en el final de la calle:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dar la vuelta, volver al principio de la calle usando el lado opuesto de la calle (el izquierdo si usted ya ha cubierto el derecho)

En localidades con edificios y áreas residenciales enumere todos los edificios a monitorear y seleccione de forma aleatoria el primer edificio a visitar

- ✓ Elegir un número aleatorio entre 1 al 7 para seleccionar el edificio de inicio: 5
- ✓ Una vez seleccionado el edificio, enumera los pisos del edificio y seleccione el piso de manera aleatoria



Selección del piso y apartamento:

En el edificio seleccionado,

- Enumerar los pisos (de arriba hacia abajo) y seleccione al azar el piso a visitar
- En el piso seleccionado, proceda a escoger al azar el primer apartamento a monitorear
- Después de visitar todos los apartamentos del piso de inicio continuar con los pisos (arriba o abajo) hasta completar el número de niños a entrevistar del grupo de edad.
- Haga este mismo ejercicio con los edificios contiguos hasta finalizar el monitoreo.

- En caso de finalizar el recorrido por la localidad seleccionada y no completó la cuota de los niños a entrevistas pase a la siguiente localidad siempre bajo en el área de responsabilidad del servicio de salud que se está evaluando

5. Selección de la niña/niño a monitorear

- ✓ Solicitar a los padres traer a todos los niños de edad 1 a 5 años que vivan en la casa (no incluir visitantes)
- ✓ Si alguno de los niños no está presente, solicitar le presenten el carné de vacunación e incluirlo en el monitoreo.
- ✓ Hacer lista de los niños o carnés presentes, enumerarlos y seleccionar **1** al azar para hacer la entrevista sobre el estado vacunal del niño seleccionado



Posibles situaciones durante la selección de la niña/niño a monitorear

Situaciones	Procedimientos a seguir
No hay adulto presente para hacerles las preguntas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si no hay adultos presentes que puedan informar, la casa no es efectiva y el encuestador deberá pasar a la siguiente casa hacia su derecha para reemplazarla, sin dejar casa de por medio
En la casa, solo se encuentran niñas/niños que son visitantes o que se trasladaron hace menos de un mes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificar su estado vacunal y vacunarlos si corresponde ✓ NO serán incluidos en el monitoreo (MRV) ✓ La casa será reportada como "no efectiva"

Recuerde:

Visite todas las casas necesarias hasta completar 20 niñas/niños por monitoreo

Si no encuentra el número de niñas/niños a monitorear continúe con la manzana/localidad más próxima hasta completar la muestra

No incluir escuelas, mercados, hogares infantiles, etc. para realizar el monitoreo, se exceptúa si encuentra una vivienda dentro de la escuela, proceda a entrevistar solo al que reside en el lugar

Paso 3. Ejecución del MRV

- Una vez seleccionada las localidades, la manzana de inicio, la esquina y la casa donde va a ejecutar el monitoreo, ingrese a la casa seleccionada
- Salude cordialmente y proporcione información sobre el objetivo de la visita
- Si la casa es efectiva, seleccione al niño que va a monitorear, en caso de ser un solo niño en la casa solicite la libreta del niño y verifique la información de la vacunación
- Verifique en la libreta del niño el sitio o la fecha de la vacunación de la vacuna SPR
- Utilice el formulario de MRV para registrar si recibió la vacuna, en caso que no se vacunó durante la campaña asigne el motivo por el cual los padres o encargados mencionan que el niño no fue vacunado (ver tabla de motivos de no vacunados)
- Todo los niños que encuentre durante el MRV sin vacuna de SPR de la campaña se deberá registrar en el formulario de MRV como no vacunados y el motivo, posteriormente se debe proceder a vacunar (recordar que es un monitoreo y debe registrar la situación encontrada)
- Si los padres o encargados expresan que el niño fue vacunado y no cuenta (no encuentra, se extravió) el certificado o la libreta de vacunación, registre el nombre del niño en el formulario y cuando llegue al servicio de salud verifique en el registro de vacunados, si encuentra el nombre del

niño en el registro de vacunación se considerará que fue vacunado, si no encuentra el nombre del niño “es un niño NO vacunado”

Motivos de no vacunación de la población entrevistada

Relacionados con la salud del niños	Relacionados con los padres/responsables de la niña/nios	Relacionados con logística y estrategia de la campaña
1. Rehúsa por enfermedad 2. Por indicación médica	3. Creencias religiosas 4. Por rumores sobre la seguridad de la vacuna 5. Ausencia de los padres durante la vacunación 6. Falta de tiempo 7. Estuvieron de viaje	8. Los vacunadores no visitaron la vivienda 9. Los vacunadores vinieron cuando el niño no estaba presente y no regresaron 10. Los vacunadores rehusaron vacunar a la niña/niño 11. El servicio de salud estaba cerrado 12. Larga espera para vacunar 13. No había vacuna 14. No sabían de la campaña 15. Otros

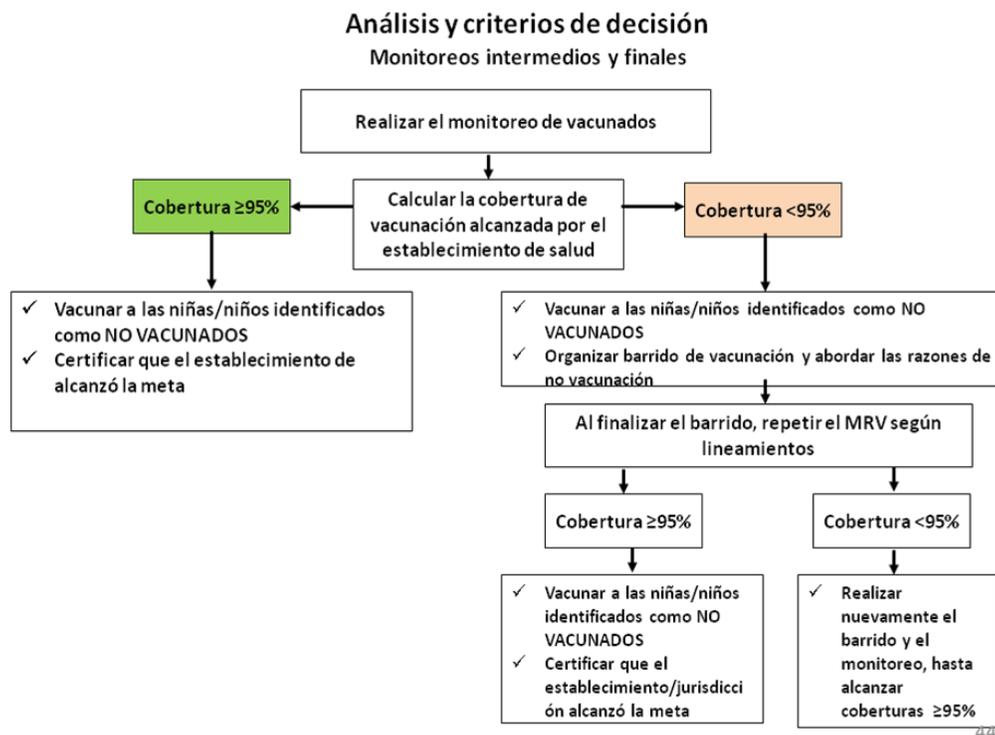
Formulario de registro de MRV

Formulario para el monitoreo rápido de vacunados Campaña de vacunación con SPR 1 a 5 años																				
Hora de inicio:		Hora de finalización:				Fecha:														
Región Sanitaria:				Distrito:				Servicio de salud:												
Nombre de la localidad:				Nombre del supervisor:																
N° de niño/nia	Edad	Sexo		Estado vacunal verificado en libreta del niño, certificado de vacunación, (médico privado)	Motivo de NO vacunación										Se confirma la vacunación en el registro nominal					
		F	M		SI	NO	Relacionados con la salud de la niña/nia		Relacionados con los padres				Relacionados con la logística y táctica utilizada por la brigada de vacunación				Nombre completo del niño sin carnet de vacunación	Si	No	Si es no, indicar si fue vacunado por el IGSS
							Rehúsa por enfermedad	Indicación médica	Por motivos religiosos y rumores sobre la seguridad de la vacuna	Ausencia de los padres durante la vacunación	Falta de tiempo	estuvieron de viaje	Los vacunadores no llegaron a la casa	Los vacunadores vinieron cuando no estaba la niña/nia y no regresaron	Los vacunadores rehusaron a vacunar al niño	El servicio de salud estaba cerrado				
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
Total																				

Paso 4. Tabulación de datos

- **Manual:** se utilizará un formulario específico para el monitoreo de vacunados. Es importante garantizar el llenado completo de este formulario.
- **Proceso de digitación:** una vez realizada el control de calidad de todos los instrumentos se ingresaran los datos en una base de dato electrónico (Microsoft Office Excel) para facilitar la tabulación, consolidación, análisis de la información y la presentación de los resultados (diseñados previamente)

Paso 5. Resultados e interpretación



- Si en un MRV de 20 niños encuentra un niño sin vacuna, la cobertura de esa localidad es de 95% (se considera que la localidad está bien vacunada) se da por concluida la localidad
- Si de 20 niños monitoreados encuentra dos(2) niños sin vacunas, la cobertura es de 90%, significa que deberá volver hacer un barrido en la localidad y repetir el MRV
- Todos los MRV de cada servicio de salud deberá poseer resultado de 95% y más para dar por finalizada la campaña de vacunación

Paso 6. Indicadores del Monitoreo Rápido de Vacunados (MRV)

- Número y porcentaje de monitoreos con resultados de cobertura $\geq 95\%$
- Número y porcentaje de establecimientos de salud que alcanzaron el 95% de vacunados
- Número y porcentaje de niñas/niños no vacunados según motivos por establecimiento de salud

Comparar los resultados (ejemplo)

Servicios de salud	Cobertura de vacunados según población de estadística y censo	Cobertura de vacunados según población micro-planificación	Cobertura de vacunados según población micro-planificación
Hospital de Caacupé	80%	100%	100%
Azcurra	92%	100%	100%
Cabañas	100%	102%	98%
Almada	96%	96%	97%
USF 1	97%	97%	97%
USF2	95%	95%	95%
Distrito Caacupé	93%	98%	98%

Instrumento a utilizar

Paso 7: Evaluación

Indicadores de resultados

- Porcentaje de cumplimiento de la meta por localidad, servicios de salud, distrito, región, país
- Porcentaje de distritos con cumplimiento de la meta menor al 95%
- Porcentaje de cumplimiento de la meta por edades simple
- Porcentaje de MRV con % de vacunados igual o superior al 95%

Nivel de organización	Criterios a evaluar
Servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Se evaluarán las coberturas administrativas de vacunación a nivel de localidades utilizando la población verificada de micro-planificación
Distritos - Municipio	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de vacunados por Servicios de salud del distrito • Comparar la cobertura de estadística y censo con la población programada de la micro planificación de cada servicio de salud • Lograr analizar la cobertura comparando de la población de la micro planificación, de estadística y censo y los resultados de MRV del distrito
Región Sanitaria – departamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de vacunados por distrito • Comparar la cobertura de estadística y censo con la población programada de la micro planificación de distrito • Lograr analizar la cobertura comparando la población de la micro planificación, de estadística y censo, y los resultados de MRV de cada distrito que conforma la región
MSP y BS - País	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de vacunados por distrito y por regiones sanitarias • Consolidar y comparar la cobertura de estadística y censo con la población programada de la micro planificación por distrito y departamentos • Lograr el análisis de la cobertura comparando la población de la micro planificación, de estadística y censo, y los resultados de MRV de cada distrito que conforma la región y obtener un resultado país

X. Anexos

- Anexo 1: Instrumentos del Sistema de Información
- Anexo 2: Funciones de los digitadores
- Anexo 3: Guía de supervisión
- Anexo 4: Cronograma de Trabajo
- Anexo 5: Resolución Ministerial
- Anexo 6: Decreto del Poder Ejecutivo

Instructivo del uso de los formularios para la campaña

Uso correcto del Registro Diario

El Registro Diario es la herramienta de registro de los datos personales del usuario y de las dosis aplicadas del esquema regular y adicionales de SPR y OPV durante la CNV en el grupo etáreo de 1 a 5 años (Anexo1).

- a. **Completar el encabezado**, llenar todos los campos del encabezado a fin de identificar el Registro Diario
 - Departamento: Región Sanitaria a que pertenece
 - Municipio: Municipio a que pertenece
 - Servicio de Salud: Establecimiento de Salud a que pertenece
 - Lugar de Vacunación: Lugar donde se realizó la vacunación
 - Fecha: fecha en que se realizó la vacunación
 - Registro de Lotes de Vacunas: Anotar el N° de Lote de las vacunas administradas en esa fecha y registrada en ese Registro Diario.

- b. **Clasificar** los Registros de acuerdo a los siguientes criterios
 - Institucional: Dosis aplicadas en el Establecimiento de Salud
 - Extramural: Dosis Aplicadas fuera del Establecimiento de Salud
 - Zona: Dosis aplicadas a usuarios residentes de la localidad de responsabilidad del Establecimiento de Salud
 - Fuera de Zona: Dosis aplicadas a usuarios residentes fuera de la localidad de responsabilidad del Establecimiento de Salud
 - Urbano: Dosis aplicadas a usuarios residentes en áreas urbanas
 - Rural: Dosis aplicadas a usuarios residentes en áreas rurales
 - Com. Indígena: Dosis aplicadas a usuarios de comunidades indígenas
- c. **Cuerpo del Registro Diario**
 - a. **Datos Personales**
 - N°: Número de orden
 - Fecha de Nacimiento: Fecha de nacimiento del niño/a a quien se administra una dosis de vacuna
 - Nombre y Apellido: Nombre y Apellido completo del niño/a que recibe una dosis de vacuna.
 - Municipio de residencia: Municipio en el que reside el niño/a
 - Localidad: Especifique la localidad, a fin de la rápida localización de la vivienda en caso que sea necesario realizar una visita domiciliaria al niño/a.

b. Datos de las Vacunas Aplicadas

Registrar en el Registro Diario la dosis adicional aplicada durante Campaña según la edad de el/la niño/a, el casillero se debe completar con las letras "M" masculino y "F" femenino (Anexo 1).

Registrar en el Registro Diario la dosis aplicada correspondiente al esquema regular según la edad de el/la niño/a, el casillero se debe completar con las letras "M" masculino y "F" femenino (anexo 2).

Observaciones Generales

Los Registros Diarios deben ser llenados con letras claras, legibles, sin enmiendas, borrões ni tachaduras.

Finalizada la jornada de vacunación realizar la sumatoria de los totales.

Verificar la calidad de los datos y hacer entrega al Supervisor (Jefe/a PAI, Jefe/a de Brigada, Supervisor/a, Encargado/a de Vacunación) para control y verificación.

Finalizada la verificación y correcciones se procede a la consolidación de los datos.

CONSOLIDADOS

Uso correcto del Consolidado

El Consolidado es una herramienta del sistema de información porque en él se colectan los datos que posteriormente servirá para alimentar la base de datos del sistema PAIVISUAL (anexo 3 y4).

- a. **Completar el encabezado**, llenar todos los campos del encabezado a fin de identificar el Consolidado
 - Departamento: Región Sanitaria a que pertenece
 - Municipio: Municipio a que pertenece
 - Servicio de Salud: Establecimiento de Salud a que pertenece
 - Fecha: Fecha en que es remitido el Informe

- b. **Clasificar** los Consolidados de acuerdo a los siguientes criterios
 - Institucional: Total dosis aplicadas en el Establecimiento de Salud
 - Extramural: Total dosis Aplicadas fuera del Establecimiento de Salud
 - Zona: Total dosis aplicadas a usuarios residentes de la localidad de responsabilidad del Establecimiento de Salud
 - Fuera de Zona: Total dosis aplicadas a usuarios residentes fuera de la localidad de responsabilidad del Establecimiento de Salud
 - Urbano: Total dosis aplicadas a usuarios residentes en áreas urbanas
 - Rural: Total dosis aplicadas a usuarios residentes en áreas rurales
 - Com. Indígena: Total dosis aplicadas a usuarios de comunidades indígenas

c. **Cuerpo del Consolidado**

Localidad/Servicio de Salud/Distrito: Registrar el nombre del Municipio/Localidad/Servicio de Salud al que corresponde los datos según el nivel.

Anotar la cantidad de dosis aplicadas según vacunas, dosis, edad y sexo en el consolidado para ser reportadas a través del PAIVISUAL.

Consolidar la dosis adicional y del programa regular aplicada durante la campaña en el Consolidado de Campaña (Anexo 3) de la vacuna OPV y SPR y reportar diariamente a través del menú “Campaña” del PAIVISUAL.

Consolidar la del programa regular aplicada durante la campaña en el Consolidado del programa regular (Anexo 4) de la vacuna OPV y SPR y reportar semanalmente a través del PAIVISUAL.

Observaciones Generales

Todas las dosis del esquema regular y la dosis adicional de OPV y SPR que se apliquen durante la Campaña serán reportadas diariamente a través del menú “**Campaña**” del PAIVISUAL

Todas las dosis del esquema regular de OPV y SPR serán reportadas semanalmente en el programa regular del PAIVISUAL como se viene realizando actualmente

El Informático procederá a realizar la carga de los datos registrados en el Consolidado una vez que haya sido aprobado por el Supervisor (Jefe/a PAI, Supervisor/a, Jefe/a de Brigada o Encargado/a de Vacunación). Observar los lineamientos del proceso de carga en el sistema.

Terminada la carga, imprimir (pdf) un informe del sistema para verificar con el consolidado. Si no existiere error realizar el proceso de envío. Observar los lineamientos del proceso de envío en el sistema.

- ✓ Consolidado verificado y aprobado por el Supervisor ((Jefe/a PAI, Jefe/a de Brigada, Supervisor/a, Encargado/a de Vacunación).

- ✓ Ingresa al sistema, digita los datos según Biológico, dosis, edad y sexo, registra el N° de secuencia en la línea de carga del consolidado a fin de identificarlo rápidamente en caso de que hubiere duda o error en la carga.
- ✓ Terminada la carga solicita un informe de carga y verifica con el consolidado.
- ✓ Terminada la carga de todos los consolidados, solicita un informe en pdf de dosis aplicadas.
- ✓ Verificado los datos cargados, procede a realizar el envío, genera un archivo .zip o DBF
- ✓ Remite al nivel regional el archivo DBF y el informe en PDF. Observar lineamientos del proceso de envío.
- ✓ Generar un informe de dosis aplicadas en planilla Excel para realizar otros análisis de avances o cumplimiento de metas
- ✓ Realizar informes y otros reportes que le sea solicitado en el marco de la Campaña.

Funciones de los Recursos Humanos en el Sistema Informático
--

Función del Informático Regional

- ✓ Recepciona el archivo DBF y recupera los datos de cada uno de los municipios. Observar lineamientos del proceso de recuperación.
- ✓ Terminada la recuperación de los datos contenidos en el DBF, solicita un Informe de dosis aplicadas y compara con el informe en PDF remitido por el Municipio.
- ✓ Terminada la recuperación de los DBF de todos los Municipios, procede a realizar el envío, genera un archivo .zip o DBF
- ✓ Remite al nivel nacional el archivo DBF y el informe en PDF. Observar lineamientos del proceso de envío.
- ✓ Generar un informe de dosis aplicadas en planilla Excel para realizar los análisis de avances o cumplimiento de metas
- ✓ Realizar informes y otros reportes que le sea solicitado en el marco de la Campaña.

Función del Informático Nacional

- ✓ Recepciona el archivo DBF y recupera los datos de cada uno de las Regiones Sanitarias. Observar lineamientos del proceso de recuperación.
- ✓ Terminada la recuperación de los datos contenidos en el DBF, solicita un Informe de dosis aplicadas y compara con el informe en PDF remitido por las Regiones Sanitarias.
- ✓ Generar un informe de dosis aplicadas en planilla Excel para realizar los análisis de avances o cumplimiento de metas
- ✓ Realizar informes y otros reportes que le sea solicitado en el marco de la Campaña.

Instrumentos -Guía de la supervisión

Guía de supervisión 1. Monitoreo de la organización de la campaña

Región Sanitaria:.....Distrito:..... Servicio de salud:.....

Responsable de la supervisión:..... Fecha:.....

N°	Temas /actividades	Nivel de preparación			Responsable	Obs.
		Lista	Se ha Avanzado	No se avanzado		
1	Instituciones, actores claves o personas estratégicas de la comunidad han sido informados sobre la campaña (Municipalidad, Gobernación, sector privado, escuelas, iglesias, entre otros)					
2	Material informativo entregado a los servicios (pasacalles, afiches, volantes, otros)					
3	Gestión y coordinación concluida para la difusión de mensajes a través de radio, TV y medios alternativos (perifoneo)					
4	Acto de lanzamiento, relanzamiento y última oportunidad, organizado en las regiones y distritos					
5	Personal involucrado (brigadas) capacitados sobre lineamientos de campaña					
6	Personal de salud tiene guías operativas, manual de preguntas y respuestas e información estratégica					
7	Personal de salud ha recibido material promocional					
8	Micro-planificación elaborada en cada servicio N° de Micro-planificación verificados					
9	Hospital y servicios de segundo y primer nivel han organizado la oferta permanente de la vacunación en sus servicios					
10	Salas situacionales implementadas en todos los servicios					
11	Logística establecida y coordinada para la cadena de frío Vacunas, jeringas y otros insumos entregados en cada servicio					
12	Personal de salud sabe qué hacer en caso ESAVI's					
13	Personal de salud está preparado para manejo de crisis					
14	Servicios de salud cuentan con formularios de registro primario y consolidado					
15	Personal de salud conoce formularios de registro primario, consolidado y flujo de información					
16	Digitadores o estadígrafos capacitados en su rol y responsabilidad durante la campaña					
17	Transporte de brigadas organizado y coordinado					
18	Supervisores nombrados					
19	Supervisores cuentan con guías de supervisión					
20	Supervisores cuentan con cronograma de supervisión					
21	Supervisores capacitados en MRV – 2014					
22	Supervisores cuentan con instrumentos para realizar el MRV -2014					

Guía de supervisión 2. Monitoreo de la Ejecución de la campaña (Servicios de salud)

N°	Tareas a verificar	SI	NO	Procedimiento
1	Cuenta con una sala situacional actualizada con los datos mínimo de: <ul style="list-style-type: none"> • Plan de trabajo diario y cumplimiento • Avance diario de vacunación (hoja Excel) • Mapa con marcado de las localidades intervenidas • Cronograma de actividades de promoción 			
2	Cuenta con los datos de vacunación monitoreada por localidades (uso de la matriz del lineamiento), sabe cuántos niños quedan pendientes por cada localidad			
3	El equipo de brigadas están registrando las casas intervenidas y conocen cuantas casa quedaron pendientes por cada localidad?			
4	Verifique la calidad de ingreso de datos de la planilla de vacunados & PAI visual <ul style="list-style-type: none"> • Tiene ordenado las planilla de vacunados por localidad • Los consolidados realiza por localidades para enviar al nivel superior? 			
5	Utiliza el vacuno metro para identificar los vacunados según la población de DGEES y la micro planificación <ul style="list-style-type: none"> • Utiliza la información de los datos de vacunación para tomar decisiones • Se comparte la información con los comités conformados 			
6	Cuenta con transporte para vacunadores y registradores			
7	Tienen definidas que actividades de promoción se deben realizar a medida que avance las actividades de vacunación <ul style="list-style-type: none"> • Hay perifoneo local • Tiene fecha de relanzamiento • Como se realizara la última oportunidad • Se publica la cobertura lograda a través de los medios de comunicación 			
8	Los supervisores realizan el primer MRV una vez que finalizada la localidad?			
9	Verifique la cadena de frio del vacunador que viene de la comunidad para observar el estado de los paquetes fríos y si realizan todas las actividades de vacunación segura			
10	Conocen los equipos sobre la metodología de MRV en los tres momentos? <ul style="list-style-type: none"> • 1er. MRV realizado por la responsable del servicio de salud para verificar la 			

	<p>calidad de la vacunación por cada localidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2do. MRV realizado por los responsables del distritos conjuntamente con el equipo del servicio de salud • 3er. MRV final o cruzado realizado por el nivel regional conjuntamente con supervisores nacionales y OPS-OMS para cerrar la campaña 			
11	Otros aspectos (especificar)			

Comunicación Social

1. Pagina sociales



